

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



ESTOU GRÁVIDA! E AGORA?

**Os fatores que influenciam a decisão de prosseguir ou de
interromper a gravidez inesperada**

Beatriz Ribeiro Gorjão

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica
Sistémica)**

2017

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



ESTOU GRÁVIDA! E AGORA?

**Os fatores que influenciam a decisão de prosseguir ou de
interromper a gravidez inesperada**

Beatriz Ribeiro Gorjão

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Teresa Ribeiro

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica
Sistémica)**

2017

Agradecimentos

Num dos seus discursos na Praça de São Pedro, o Papa Francisco fez a seguinte reflexão: *“Obrigado: a gratidão é um sentimento importante. Sabemos agradecer? É importante manter viva a consciência de que a outra pessoa é um dom de Deus, e aos dons de Deus diz-se 'obrigado'. Não é uma palavra amável para usar com os estranhos, para ser educados. É preciso saber dizer 'obrigado' para caminhar juntos”*. Por isso, agradeço do fundo do coração a todos os que fizeram parte deste meu caminho, tornando-o único e inesquecível. Assim, agradeço de forma especial:

À Professora Doutora Maria Teresa Ribeiro um especial agradecimento pelas palavras e acompanhamento, pela disponibilidade generosa e pela confiança transmitida.

À Professora Doutora Luana Cunha Ferreira, pelo seu apoio incansável, pela paciência interminável e por ter sempre acreditado em mim.

À Dr.^a Joana Tinoco de Faria, por todo o acompanhamento, pela confiança transmitida e pelo exemplo pessoal e profissional.

A todas e a cada uma das entrevistadas, pela enorme generosidade que tiveram ao partilhar comigo as suas histórias, que foram uma fonte de aprendizagem muito significativa e que para sempre guardarei.

À Margarida, por ter tornado esta caminhada mais leve e mais animada, por todos os momentos que me puxou para cima e me mostrou que sou capaz.

Às professoras e colegas de Sistémica, pelas sementes de conhecimento, de valores humanos e de crescimento que deixaram e que foram germinando ao longo deste ano. Em especial, à Carolina, à Cláudia, à Sara, à Lexi, à Joana e à Teresa por todo o apoio nesta fase final. Obrigada por estarem sempre disponíveis e por me ajudarem a crescer.

À Catarina e à Inês, pela amizade e pelo sentido de humor que me marcaram e tornaram estes cinco anos numa caminhada mais cheia e divertida.

A todos os meus amigos, pela amizade, dedicação, inspiração e pela forma como cada um marca a minha vida. Obrigada “Malta”!

À minha família, pelo apoio incansável, por me “aturarem” quando até nem eu me consigo “aturar”, pela confiança que depositam em mim, pelo incentivo e pela compreensão. Em especial à minha avó, por ter sempre acreditado que eu era capaz e por ser a alegria dos meus dias.

A todas as pessoas com quem me fui cruzando e que contribuíram para quem sou como pessoa e futura psicóloga.

Resumo

Perante uma gravidez inesperada a mulher é confrontada com duas opções: interromper ou prosseguir. Nos dias de hoje, e devido à recente legalização da IVG (Interrupção Voluntária da Gravidez) até às 10 semanas de gestação, (Lei nº16/2007 de 17 de abril), a IVG tornou-se uma possibilidade mais próxima na vida das mulheres portuguesas. Mas afinal o que faz a mulher enveredar por essa opção ou prosseguir a gravidez, perante uma gravidez inesperada?

O estudo exploratório comparativo apresentado explora os fatores que estão na base da decisão da mulher interromper ou prosseguir a gravidez inesperada. Na elaboração deste estudo foi utilizada uma metodologia qualitativa exploratória, sendo que os dados foram recolhidos recorrendo a entrevistas semiestruturadas a duas amostras, uma de 8 mulheres que prosseguiram com a gravidez e outra de 5 mulheres que a interromperam.

A análise foi realizada com recurso ao *software Qualitative Solutions Research (QSR) NVivo 11 for Windows* através da análise temática indutiva. Os resultados principais que advêm deste estudo são os seguintes: (1) o contexto relacional, o apoio sentido e o desejo de maternidade influenciam a decisão da mulher sobre o desfecho da gravidez inesperada; (2) os fatores que influenciam a decisão de prosseguir com a gravidez dizem respeito ao desejo de maternidade, ao contexto relacional, ao apoio sentido e o facto da mulher ser contra a IVG; (3) os fatores que influenciam a decisão da mulher interromper a gravidez são a falta de apoio sentida, os fatores pessoais, o contexto relacional, e os fatores económicos; (4) o conceito de gravidez planeada está relacionado com o facto da gravidez ser desejada, no entanto uma gravidez desejada não tem de ser planeada.

Os resultados são ainda discutidos e analisados tendo em conta as suas limitações e implicações para a investigação e prática.

Palavras-chave: gravidez inesperada, IVG, prosseguir, fatores de decisão, desejo de maternidade, contexto relacional, apoio sentido, gravidez desejada, gravidez planeada.

Abstract

Towards an unexpected pregnancy the woman is confronted with two different possibilities: interrupt or proceed. Nowadays, according to the legalization of the VIP (Voluntary Interruption of Pregnancy) until the tenth week of gestation (Lei nº 16/2007 de 17 de abril), the VIP as become a closer possibility in Portuguese women's life. But what is, after all, the reason causes a woman to embark on this option or to proceed with the pregnancy?

The comparative exploratory study explores the factors that are at the basis of the woman's decision to interrupt or proceed the unexpected pregnancy. In the elaboration of this study, it was used an exploratory qualitative methodology, and the data were gathered by semi-structured interviews to two different samples, one consisted in 8 women who continued with one pregnancy and the other consisted of 5 women who interrupted the pregnancy.

The analysis was done using *NVivo 11 Qualitative Solutions Research (QSR) software for Windows* through inductive thematic analysis. In this study, the following results stand out: (1) the relational context, the support felt by the woman and the desire for motherhood, influence the woman's decision about the outcome of the unexpected pregnancy; (2) the factors influencing the decision to proceed with pregnancy relate to the desire for motherhood, the relational context, the support felt by the woman and the fact that the woman is against VIP; (3) factors that influence women's decision to interrupt the pregnancy are: the lack of support, personal factors, the relational context, and also economic factors; (4) The concept of planned pregnancy is related to the fact that pregnancy is desired, however, a desired pregnancy does not need to have been planned.

The results are further discussed and analyzed considering their limitations and implications for research and practice.

Keywords: unexpected pregnancy, VIP, proceed, decision factors, motherhood desire, relational context, support felt by the woman, desired pregnancy, planned pregnancy.

Índice

Agradecimentos	ii
Resumo	v
Abstract.....	vi
Índice	vii
Introdução	2
1. Enquadramento Teórico	4
1. Gravidez.....	4
1.1. Gravidez e Maternidade	4
1.2. Gravidez e Adaptação	5
1.3. Gravidez Inesperada: que conceitos?	11
1.4. Gravidez e IVG	13
2. Processo de Decisão	16
2.1. Fatores de influência	16
2. Metodologia.....	19
2.1. Desenho da Investigação	19
2.1.1. Questão Inicial	19
2.1.2. Mapa concetual	19
2.1.3. Objetivos gerais e específicos.....	20
2.1.4. Questões de investigação	21
2.2. Estratégia metodológica	22
2.2.1. Processo de seleção das amostras	22
2.2.2. Caracterização das amostras	22
2.2.3. Instrumentos utilizados	24
2.2.4. Procedimento de recolha, tratamento e análise de dados	25
3. Apresentação e discussão de resultados	27
3.1. Apoio sentido, contexto relacional e desejo de maternidade	28
3.2. Relação entre o apoio do companheiro e o contexto relacional	33
3.3. Objetivos específicos.....	35

3.3.1. Fatores que estão na base da decisão das mulheres que prosseguiram a gravidez	35
3.3.2. Fatores que estão na base da decisão das mulheres que interromperam a gravidez	37
3.3.3. Fatores que estão na base da decisão das mulheres que ponderaram as duas opções (prosseguir e interromper) e prosseguiram com a gravidez	38
3.3.4. Fatores que estão na base da decisão das mulheres que ponderaram as duas opções (prosseguir e interromper) e interromperam a gravidez.....	39
3.3.5. Fatores que estão na base da decisão das mulheres que só ponderaram interromper a gravidez.....	39
3.3.6. Fatores que estão na base da decisão das mulheres que só ponderaram prosseguir com a gravidez	40
3.4. Comparação dos fatores que estão na base da decisão das mulheres que prosseguiram a gravidez e das mulheres que a interromperam	41
3.5. Comparação dos fatores que estão na base da decisão das mulheres que, apesar de terem ponderado as duas opções, prosseguiram a gravidez e das mulheres que, tendo também ponderado as duas opções, a interromperam	41
3.6. Conceitos “Gravidez Planeada”, “Gravidez Desejada” e “Gravidez Inesperada”	42
4. Conclusões.....	44
Referências Bibliográficas.....	47
Anexos.....	54

Índice de figuras

<i>Figura 1</i> - Mapa conceitual do estudo exploratório comparativo	20
<i>Figura 2</i> – Fatores principais que parecem estar na base da decisão de prosseguir ou de interromper a gravidez	27
<i>Figura 3</i> - Fatores específicos que parecem estar na base da decisão de prosseguir ou de interromper a gravidez	28
<i>Figura 4</i> - Relação entre os fatores específicos	33
<i>Figura 5</i> - Fatores principais que parecem estar na base das mulheres que prosseguiram com a gravidez inesperada	35
<i>Figura 6</i> - Fatores principais que parecem estar na base das mulheres que prosseguiram com a gravidez inesperada	37

<i>Figura 7</i> - Principais fatores que parecem estar na base da decisão das mulheres que, tendo ponderado as duas opções, prosseguiram com a gravidez	38
<i>Figura 8</i> - Principais fatores que parecem estar na base da decisão das mulheres que, tendo ponderado as duas opções, interromperam a gravidez	39
<i>Figura 9</i> - Principais fatores que parecem estar na base da decisão das mulheres que só ponderaram interromper a gravidez	40
<i>Figura 10</i> - Principais fatores que parecem estar na base da decisão das mulheres que só ponderaram prosseguir com a gravidez.....	40
<i>Figura 11</i> - Percepções das participantes acerca dos conceitos “gravidez planeada”, “gravidez desejada” e “gravidez inesperada”	42

Introdução

Segundo *The World Health Report* (2005) ocorrem no mundo, a cada ano, cerca de 211 milhões de gestações, sendo que metade é indesejada e/ou não planeada, levando a que uma em cada nove mulheres recorra à sua interrupção (World Health Organization, 2005). Em Portugal, apesar de se ter registado uma diminuição no número de IVGs, este fenómeno ainda se encontra bastante presente nos dias de hoje (Pordata, 2017). Neste âmbito, foram realizados alguns estudos para compreender o que leva uma mulher a decidir prosseguir ou interromper a gravidez (APF, 2006; Costa, Hardy, Osis & Faúndes, 1995; Gesteira, Barbosa & Endo, 2006; Guedes, Gameiro & Canavarro, 2010; Guedes, Gameiro & Canavarro, 2010; Miller, 1992; Noya & Leal, 1998; Rivera, 1998; Rodrigues, de Faria e Ribeiro, 2014; Sereno, Leal & Maroco, 2012; Smetana & Adler, 1979).

A temática da IVG tem sido alvo de estudo por parte de diversos autores devido às implicações físicas e psicológicas na mulher, que estão subjacentes à sua realização. A investigação sobre o tema torna-se ainda mais relevante no contexto português, tendo em conta a recente legalização da IVG por opção da mulher, até às 10 semanas de gestação, (Lei nº16/2007 de 17 de Abril), proporcionando assim um contexto privilegiado para conhecer a realidade psicológica das mulheres portuguesas que enveredam por esta resolução reprodutiva (Sereno, Leal e Maroco, 2012).

Autores como Stoland (2001) referem que a IVG pode ser entendida como uma experiência com importantes significações e implicações emocionais, intimamente relacionadas com as características de personalidade e as experiências prévias de cada mulher, as suas relações interpessoais, as suas crenças religiosas, as suas contingências de vida e o ambiente social, cultural e legal envolvente. No entanto, apesar de existirem variados estudos acerca do impacto da IVG e da decisão da mulher interromper, carecem os estudos sobre a gravidez inesperada.

O estudo comparativo realizado entre as mulheres que prosseguiram e as mulheres que interromperam a gravidez inesperada, de forma a perceber os fatores que estão na base da decisão, parece ser um dos estudos pioneiros nesta área e poderá acrescentar ferramentas para a intervenção com mulheres que passam por uma gravidez inesperada (Milbradt, 2008).

De acordo com o que foi anteriormente referido, a presente investigação, de carácter exploratório e comparativo, propõe-se a (1) conhecer a experiência de gravidez

inesperada de cada mulher entrevistada; (2) compreender e especificar que fatores estão na base da decisão de prosseguir ou de interromper a gravidez inesperada; (3) comparar e averiguar se existem diferenças nos fatores que estão na base da decisão das mulheres que prosseguiram e das mulheres que interromperam a gravidez; e (4) definir e diferenciar os conceitos “gravidez desejada” e “gravidez planeada”. Para tal, e de modo a poder cumprir os objetivos propostos da maneira mais adequada possível, foi utilizada uma metodologia qualitativa, no intuito de dar voz às participantes que passaram pela experiência de uma gravidez inesperada: mulheres que prosseguiram e mulheres que interromperam a gravidez, em relação aos fatores que influenciaram a sua decisão. Utilizaram-se então, entrevistas semiestruturadas para a recolha de dados (anexos A, B e C).

O trabalho aqui apresentado está organizado em quatro capítulos: 1) o enquadramento teórico que serve como base de referência para o tema a ser estudado; 2) apresentação das estratégias metodológicas adotadas com o intuito de ir de encontro aos objetivos propostos; 3) apresentação e discussão dos resultados do estudo exploratório comparativo; 4) as conclusões que podem ser retiradas, tendo em conta as limitações do estudo em causa, bem como as questões que surgem para a prática e para a intervenção.

Assim, ambiciona-se que este estudo possa dar um pequeno contributo para a grande causa da psicologia de compreender os fenómenos para intervir, com a finalidade de intervenção com mulheres que passam por uma gravidez inesperada (Milbradt, 2008), nomeadamente no contexto português.

1. Enquadramento Teórico

1. Gravidez

1.1. Gravidez e Maternidade

De uma maneira geral, pensa-se na gravidez e na maternidade como acontecimentos de vida. “Ela está grávida” ou “Já foi mãe”, são expressões que frequentemente utilizamos e que nos remetem, apenas, para o ponto inicial destes percursos. A gravidez transcende o momento da concepção, bem como a maternidade transcende o momento do parto. Mais do que acontecimentos e, apesar de terem durações temporais diferentes, ambas são processos dinâmicos, de construção e desenvolvimento (Canavarro, 2001). No entanto, são conceitos habitualmente confundidos e considerados como sinónimos quando, na verdade, dizem respeito a duas realidades e vivências bem distintas entre si (Leal, 2005).

A gravidez é um período de vida bastante significativo para uma mulher e é também um período de transição, caracterizado por várias mudanças tanto a nível pessoal, social, familiar e, nalguns casos, laboral (Moreira, Viana, Queiroz e Jorge, 2008). É um marco importante na sua vida como também na vida do casal, sendo algo que não é temporário. Do ponto de vista psicológico, a gravidez distingue-se da maternidade (Canavarro, 2001).

Entende-se a gravidez como um processo ocorrido no período de 40 semanas que medeia a concepção e o parto de uma criança. Este processo permite a preparação física e psicológica para ser mãe, sendo constituído por múltiplas tarefas que acompanham o desenvolvimento do bebé (Leal, 2005). Para Canavarro (2001), essas tarefas passam por ensaiar cognitivamente papéis e tarefas maternas, ligar-se afetivamente à criança, iniciar o processo de reestruturação de relações para incluir o novo elemento, incorporar a existência do filho na sua identidade e, simultaneamente, aprender a aceitá-lo como pessoa única, com vida própria.

A maternidade ultrapassa, portanto, a gravidez, assumindo-se como um projeto a longo prazo que requer prestação de cuidados, iniciativas, atuações, responsabilidades, amor e afeto que proporcione um desenvolvimento saudável e equilibrado ao recém-nascido (Leal, 2005).

1.2. Gravidez e Adaptação

Modelo Ecológico de Bronfenbrenner

A complexidade do processo da adaptação da mulher à gravidez e à maternidade e a influência que os outros sistemas podem ter nessa mesma adaptação fazem com que seja bastante relevante ter aqui em consideração o Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1979).

A perspectiva ecológica acentua a ideia de que as interações entre o indivíduo e os diferentes contextos são importantes definidores do desenvolvimento, sendo que as transições desenvolvimentais (e.g., nascimento de um filho) têm grandes implicações no desenvolvimento do indivíduo, podendo tornar-se em importantes “pontos de viragem” das trajetórias individuais. Para a compreensão do desenvolvimento humano, o Modelo apresentado por Bronfenbrenner (1979), contempla vários contextos que envolvem o indivíduo, remetendo para a valorização das interações entre o indivíduo e o contexto ao longo do ciclo de vida, por outras palavras, remetendo para interações bidirecionais, caracterizadas pela reciprocidade (Pereira e Canavarro, 2012).

O Modelo Ecológico parte da premissa de que o desenvolvimento do ser humano é influenciado não apenas pelas características do indivíduo, mas igualmente por todos os sistemas contextuais em que se encontra integrado. Bronfenbrenner concebe o sistema ecológico como uma disposição seriada de estruturas concêntricas, não independentes e pressupondo relações de inclusão. Concretamente, o autor oferece uma matriz de hierarquização com cinco níveis ou sistemas, progressivamente mais abrangentes, e que operam de forma concertada, influenciando o desenvolvimento humano: microssistema; mesossistema; exossistema; macrossistema e cronossistema (Bronfenbrenner, 1979; Pereira e Canavarro, 2012).

O microssistema é definido como o padrão de atividades, papéis e relações interpessoais experienciados pelo indivíduo num determinado contexto. O mesossistema compreende as inter-relações de dois ou mais contextos (microssistemas) em que o indivíduo participa de forma ativa. O exossistema refere-se aos contextos que não envolvem diretamente o indivíduo e no qual este não participa diretamente, mas cujos acontecimentos influenciam ou podem ser influenciados pelo contexto em que o indivíduo está inserido. O macrossistema consiste no nível mais abrangente e integra a

cultura, os padrões ideológicos e de organização social e que influenciam ou podem influenciar transversalmente os sistemas anteriores. Finalmente, o cronossistema permite incorporar uma dimensão temporal, integrando as mudanças ao longo do ciclo de vida do indivíduo (e.g., mudanças universais, eventos de vida, acontecimentos históricos). Dada a passagem do tempo, e as mudanças que nesse tempo ocorrem, a configuração dos diversos sistemas, as suas relações e influências podem ser alteradas (Bronfenbrenner, 1979; Pereira e Canavarro, 2012).

Ao relacionarmos este modelo com a adaptação à gravidez e à maternidade, é possível ter em conta diferentes níveis de análise (Belsky, 1999; Bronfenbrenner, 1986; Levy-Schiff, 1994), tais como: as características dos pais; características das crianças; contextos e dinâmicas familiares (microsistema); o contexto social mais lato, onde se incluem a família alargada, o grupo de amigos (exossistema); e contexto social, económico e cultural da sociedade envolvente (macrosistema) (Bronfenbrenner, 1979; Pereira e Canavarro, 2012).

A Adaptação à Gravidez

Os nove meses da gravidez permitem, progressivamente, a estruturação do projeto de maternidade e a sua consolidação. No que toca à adaptação ao papel de mãe, o primeiro passo consiste em aceitar a ideia da gravidez e assimilá-la no estilo de vida da mulher. O grau de aceitação reflete-se na preparação da mulher para a gravidez e nas suas respostas emocionais. (Lederman, 1996).

Para Colman e Colman (1973) e Brazelton e Cramer (1989), citados por Justo (1990), a adaptação de cada mulher a todo o processo da gravidez pode ser conceptualizada através de uma sequência de três fases:

A fase da integração, que corresponde ao primeiro trimestre, caracteriza-se por sentimentos de incerteza quanto à realidade da gravidez, existindo assim ambivalência entre a aceitação e a rejeição do bebé. Nesta fase a mulher está centrada em si própria e o bebé que existe ainda é percecionado como imaginário.

A fase da diferenciação, que corresponde ao segundo trimestre, caracteriza-se pela aceitação da existência do bebé como parte da mãe, mas diferente desta. Os movimentos fetais ajudam a tomar consciência do bebé, dos seus movimentos, independentes dos da mãe. É nesta fase que se dá a passagem de um bebé imaginado para um bebé mais parecido com o real.

A última fase é a fase da separação, que corresponde ao terceiro trimestre, onde se dá a compreensão de que a mãe se vai separar fisicamente do bebê que está dentro de si. Existe, então, o reconhecimento do seu filho como indivíduo.

Diversos autores têm procurado identificar as tarefas em causa durante este período. Embora seja consensual a existência de correspondência entre as dimensões tempo cronológico e tarefa desenvolvimentista, esta não é linear. Há tarefas que se prolongam para lá do período estimado, outras cujo início não coincide necessariamente com o princípio do intervalo em causa e, ainda, pelo facto do *timing* na resolução das tarefas de desenvolvimento variar de mulher para mulher (Canavarro, 2001)

Naturalmente, as tarefas acabam por sobrepor-se e misturar-se (Canavarro, 2001). Neste âmbito, Colman e Colman (1994) apresentam seis tarefas e Canavarro (2001) acrescenta uma sétima, integrando-a para as mulheres múltiplas:

1) Aceitar a gravidez – Diz respeito ao momento em que a mulher aceita que está grávida e que reconhece que a conceção se deu; sentindo-se ambivalente entre o desejo e o receio da gravidez. A informação médica, a aceitação e o apoio dos familiares mais próximos são fatores que contribuem para que a mulher ultrapasse este estado de ambivalência.

2) Aceitar a realidade do feto – Caracteriza-se pelo momento em que a mulher considera o feto como um ser psicológico e físico distinto de si. É o ponto de partida para a diferenciação entre a mãe e o feto.

3) Reavaliar a relação com os pais – Refere-se ao momento em que se reavalia a relação passada e presente com os pais, de forma a encontrar um equilíbrio e a evitar os pensamentos “Irei fazer tudo ao contrário daquilo que a minha mãe fez comigo...”; adotam-se assim alguns comportamentos semelhantes aos da sua mãe, os que considera adequados, e excluem-se os que considera desadequados. Para cada mulher, a relação com a própria mãe é o principal modelo de comportamentos e afetos maternos.

4) Reavaliar a relação com o cônjuge/companheiro – Assinala o momento em que se dá o ajustamento conjugal, criando assim um espaço biológico, psicológico e social para o novo membro, fortalecendo os vínculos parentais existentes.

5) Aceitar o bebê como uma pessoa separada – Corresponde ao momento em que surge a aceitação do bebê enquanto pessoa separada. É também nesta fase que se dá o confronto com o bebê real, com características e necessidades próprias.

6) Integrar a identidade parental – Esta etapa sintetiza um pouco todas as outras tarefas de desenvolvimento mencionadas anteriormente. Caracteriza-se por integrar na sua identidade o papel, a função e significado de ser mãe.

7) Reavaliar e reestruturar a relação com os outros filhos – Diz respeito ao momento em que a mulher assume a identidade materna, incluindo uma nova criança, tornando mais exigente a tarefa de “ser mãe” (por exemplo, pela redução de tempo que tem para cada um dos filhos (Rodrigues, de Faria e Ribeiro, 2014).

Tal como acontece com outros períodos de desenvolvimento que compõem o ciclo de vida, tanto a gravidez como a maternidade, envolvem mudanças importantes na vida da mulher e na sua relação conjugal, as quais carecem de adaptações sucessivas e a longo prazo (Silva, 2012). Caracterizam-se, então, pela necessidade de resolver tarefas de desenvolvimento específicas e viver uma crise própria. A noção de crise está diretamente associada à mudança e ao *stress* (Boss, 1988, cit por Canavarro, 2001). No entanto, ao contrário do que muitas vezes se pensa, *stress* não envolve necessariamente sofrimento ou menores níveis de funcionamento. Implica sim, inevitavelmente, necessidade de reorganização.

Assim, e como em qualquer outra crise de desenvolvimento, ambas podem desequilibrar o ciclo de vida de um indivíduo, sendo que, de acordo com a forma como a crise será vivenciada, tal desequilíbrio poderá ser maior ou menor (Paiva, Galvão, Pagliuca e Almeida, 2010).

Segundo Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacker (2000), os sujeitos numa fase de transição podem tornar-se vulneráveis por não compreenderem o carácter temporário da crise, o que depende, muitas vezes, de determinados fatores externos e internos ao indivíduo e do próprio tipo de transição: tendências culturais e sociais, alterações corporais, expectativas e grau de desejo relativos à gravidez, segurança, apoio emocional e situação financeira, podendo tornar-se num processo de *stress* mais ou menos moderado.

A forma como a grávida e família se adaptam às diversas mudanças dependerá de como a própria mulher percebe a maternidade, produzindo um grande impacto na experiência da gravidez e de maternidade (Canavarro, 2001; Leal, 2005). A experiência de maternidade varia de mulher para mulher e, em grande parte, depende do significado que lhe é atribuído (Canavarro, 2001).

Segundo Canavarro (2001), estes significados correspondem a representações da gravidez, as quais, por sua vez, são influenciadas por diversos fatores que se encontram em constante mudança, nomeadamente:

1) fatores genéticos – dizem respeito a características físicas, anatómicas e funcionais do organismo, de maneira a que a mulher seja capaz de passar por todo este processo fisiológico. Relacionado com estes fatores está a ideia cultural de que a maternidade é natural e “instintiva” para a maioria das mulheres. Para as mulheres que vivem num contexto social que valoriza a maternidade e que se sentem confortáveis com o papel de mãe, o desejo de ter e cuidar de uma criança pode ser tão forte e “natural” que dá a sensação de ser qualquer coisa inata. Por outro lado, esta noção de maternidade não ajuda as mulheres a conceptualizarem a maternidade como um processo de decisão que deve envolver desenvolvimento pessoal e autoconhecimento. Este pensamento pode levar a que mulheres que não sintam este desejo, venham a sentir que algo de errado se passa com elas, “podendo mesmo chegar a revelar sintomatologia depressiva e/ou ansiosa” (Canavarro, 2001, p.23).

O que é facto é que, na maior parte das vezes, o desejo de maternidade antecede a maternidade. É comum as mulheres referirem que sentem este desejo “desde sempre”. Como nos diz Eduardo Sá (2004, citado por Santos, 2008): a “gravidez na cabeça” antecede a gravidez uterina. Santos (2008) defende que o desejo de maternidade é influenciado pelas representações educacionais e sociais aprendidas. Nesta linha de pensamento, a autora refere que quando existem, no núcleo familiar ou social, exemplos de pessoas próximas que partilhem o mesmo desejo, poderá existir pressão para as mulheres serem mães ou intensificarem o seu desejo. Há também evidências de que quando as mulheres sentem um desejo forte de serem mães, a experiência de estar grávida é sentida como positiva.

2) fatores históricos e socioculturais – consistem em aspetos inerentes à história do papel da mulher como ser reprodutor, aspetos condicionantes à sua vida social (carreira profissional, vida pessoal e relacional), podendo despoletar comportamentos de natureza diversa em relação à gravidez;

3) fatores de desenvolvimento – estão relacionados com a história da própria mulher, isto é, com aspetos e experiências já vividas e aprendidas ao longo da sua vida, que têm uma grande influência na aceitação da gravidez (*e.g.* a relação que tem/teve com a sua própria mãe, o papel que a figura materna adotou na sua infância, relação que tem com o seu companheiro) (Canavarro, 2001).

Nesta linha de pensamento, Brazelton, citado por Ferreira (2009), relaciona as experiências anteriores vividas pela mulher com o modo como esta se adapta ao processo, ajustando-se às responsabilidades resultantes de uma gravidez. Assim, quanto maior for o ajuste destas experiências com a sociedade que a rodeia, mais benéfico o significado que atribui à gravidez e, conseqüentemente, mais saudável será a adaptação às alterações decorrentes de todo o processo. Pereira (1998, cit. por Fonseca e Magão, 2007) apoia esta ideia ao salientar que, “a mulher transporta para a gravidez um total de experiências acumuladas do passado e que influenciam a sua percepção da gravidez e da maternidade.” (p. 76).

Para além do papel importante que as representações sobre a gravidez e a maternidade desempenham, através da atribuição de significados à experiência, outras variáveis, relacionadas com a mulher, com o bebé, com o meio e com os sistemas em que está envolvida, têm influência na própria adaptação e no seu impacto. Associadas à mulher e ao seu microssistema, estão a idade, o percurso obstétrico da gravidez, o parto, a existência ou não de história psiquiátrica, o tipo de relacionamento passado com a mãe e os antecedentes familiares. Associado ao bebé, encontram-se o peso à nascença, a saúde física e o temperamento. Por último, as variáveis relacionadas com o microssistema, com o macrosistema e com o exossistema, prendem-se com o relacionamento conjugal, o apoio por parte do meio relacional mais próximo e, também, com o apoio institucional (Bronfenbrenner, 1979; Canavarro, 2001).

Adaptação à Parentalidade

Do ponto de vista desenvolvimental, a parentalidade marca a passagem para uma nova fase do ciclo de vida familiar, envolvendo a complexificação no sistema familiar, e, conseqüentemente, a redefinição de papéis e tarefas. Trata-se de uma das maiores mudanças que o sistema familiar enfrenta, na qual os cônjuges se tornam progenitores de uma nova família (Alarcão, 2006; Relvas, 2004). Segundo Brazelton (1992) a parentalidade pode ser considerada um dos acontecimentos mais desafiadores da vida e a tarefa mais complexa da idade adulta (Cruz, 2005).

Torna-se, na literatura, consensual que a parentalidade se trata de um processo dinâmico de reajustamento e reorganização no sistema familiar - definição de papéis parentais e filiais - e nas suas ligações com o mundo exterior - família de origem, amigos, contexto profissional e rede social de suporte -, com reflexo no desenvolvimento dos novos pais e família (Alarcão, 2006; Relvas, 2004). Exigindo assim, por parte dos

progenitores, variadas respostas comportamentais, emocionais e cognitivas, até então desconhecidas, que envolvem uma adaptação e reorganização específicas, suscetíveis de originar descompensação e aquisição de vulnerabilidades (Martins, 2013).

Esta vivência transicional está, normalmente, ligada a sentimentos positivos de alegria e satisfação, atingindo a realização pessoal e completando a pessoa enquanto ser humano (Relvas, 2004). É, por muitos, encarada como uma oportunidade de desenvolvimento, no entanto é também considerada como um momento de crise, devido às muitas alterações ocorridas e à possibilidade de, na sucessão deste processo, haver alteração da capacidade de autodeterminação dos pais, de gestão das suas necessidades e de construção de respostas adaptativas (Martins, 2013).

1.3.Gravidez Inesperada: que conceitos?

Na literatura, a definição dos conceitos ‘gravidez inesperada’, ‘gravidez planeada’, ‘gravidez não planeada’, ‘gravidez desejada’ e ‘gravidez indesejada’ é quase inexistente e não é clara. Todavia surgiram tentativas com o fim de definir e diferenciar os conceitos sem que, no entanto, se conseguisse alcançar uma resolução conclusiva.

Segundo Santelli *et al.* (2003), dentro das gravidezes indesejadas encontramos as gravidezes não desejadas, que ocorrem quando não são desejados mais filhos, e as gravidezes inesperadas, que ocorrem antes do desejado. Os mesmos autores descrevem a gravidez desejada como um acontecimento que ocorre no tempo certo, ou mais tarde do que o desejado (quando se trata de problemas relacionados com infertilidade). Já Bachrach e Newcomer (1999, cit. por Santelli, *et al.*, 2003) consideram que gravidez desejada e indesejada são dois polos de um processo contínuo, que envolve duas dimensões: afetiva e racional, e não uma simples dicotomia, redutora do processo.

Nos estudos de Barret e Wellings (2002), a maioria das mulheres entrevistadas referiram que uma gravidez indesejada passa pelo facto de a mulher ou de o casal não querer a criança e ter sentimentos de tristeza e descontentamento em relação à gravidez, sendo que o comportamento consequente mais frequente é o aborto ou a adoção. Algumas mulheres entrevistadas mencionaram também que uma gravidez desejada ou planeada pode-se tornar indesejada e que as mulheres, durante todo o processo, podem sentir o bebé como sendo desejável ou indesejável. No entanto, todas concordaram que a gravidez pode ser desejada, apesar de ser inesperada ou não planeada.

No mesmo estudo, Barret e Wellings (2002) questionaram as mulheres acerca das diferenças entre os termos ‘gravidez planeada’ e ‘gravidez não planeada’. Ao analisarem as entrevistas, os autores referem que a maioria das mulheres tem por base quatro critérios chave para considerar uma gravidez como planeada: intenção clara de engravidar, não utilização de contraceção, acordo com o companheiro sobre a decisão de engravidar e preparação da sua vida/estilo de vida para receber o bebé (*e.g.*, ter casado, ter emprego estável, casa). Por outro lado, uma gravidez não planeada é definida como um erro/acidente e ausência de intencionalidade, estando relacionada com falhas na contraceção. Algumas mulheres mencionaram que queriam ter filhos mas não naquela altura e outras mostraram pensamentos como “se aconteceu é porque tinha de acontecer”.

Todos estes conceitos estão relacionados com a utilização ou não de métodos de regulação dos nascimentos, sendo que evitar engravidar não significa necessariamente uma utilização cuidada dos mesmos. Em alguns estudos verificou-se que 50% das gravidezes indesejadas surgem de relações sem utilização de regulação de dos nascimentos, traduzindo a ambivalência subjacente a este tema (Santelli, *et al.*, 2003).

Neste âmbito, com o propósito de perceber a intenção de engravidar, Tachibana, Santos e Duarte (2006) relatam o conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planeada, deixando no ar uma questão pertinente: existe a hipótese de os motivos conscientes para não engravidar serem as motivações inconscientes que levam a mulher a desejar engravidar? Segundo Fernandes (1988, cit. por Tachibana *et al.*, 2006), se uma gravidez ocorre é porque existia na mulher um desejo inconsciente de ser mãe, independentemente do discurso manifesto ser coerente ou não com essa motivação. Szejer e Stewart (1997, cit. por Tachibana *et al.*, 2006), corroboram esta ideia, referindo que existe um ‘jogo de forças’ entre a vontade (consciente) e o desejo (inconsciente), abrindo espaço à ambivalência.

No seu estudo, Tachibana *et al.* (2006), concluíram que existia relação entre os desejos inconscientes das participantes em engravidar e os seus motivos conscientes contrários à gravidez. Entre as motivações inconscientes, estava a fantasia de fortalecimento de um vínculo amoroso frágil, um desejo relacionado com a estrutura familiar, com o intuito de recriar algo vivido anteriormente, uma fantasia de restauração da saúde comprometida por alguma doença ou, ainda, um desejo de resolução de um conflito sexual.

Por outro lado, as motivações conscientes para não prosseguir com a gravidez estão relacionadas com conflitos no relacionamento conjugal, dificuldades nas vivências

familiares, preocupações de saúde com a ocorrência da gravidez e a dificuldade em abdicar de projetos profissionais, fonte de realização no período da gravidez. As gravidezes não planeadas das participantes do estudo surgiram inconscientemente, existindo uma procura de desejo de vida e de esperança, para reparar frustrações conjugais, familiares, de saúde, entre outras. Assim, os autores concluíram que, por vezes, a rejeição das gravidezes ocorreu devido ao facto de estas não terem “cumprido” o seu fim sublimatório – a solução pretendida (Tachibana *et al.*, 2006).

1.4.Gravidez e IVG

A interrupção voluntária da gravidez (IVG) ou aborto induzido, pode ser definida como “a interrupção da gestação antes que o embrião ou feto seja viável, ou seja, capaz de levar uma vida extra-uterina independente” (OMS, 1970, p.6, cit. por Sereno, Leal e Maroco, 2012). Distingue-se, assim, do aborto espontâneo que ocorre involuntariamente. Na literatura também encontramos o termo ‘aborto terapêutico’, tipicamente utilizado para designar interrupções voluntárias da gravidez realizadas por razões médicas (*e.g.*, proteção da saúde da mãe ou mal formação do feto) (Dollar, 1997; Major *et al.*, 2009).

Constituindo-se enquanto um acontecimento na vida de muitas mulheres (Robinson, Stotland, Russo, Lang e Occhiogrosso, 2009), estima-se segundo *The World Health Report* (2005) que ocorrem no mundo a cada ano cerca de 211 milhões de gestações, sendo que metade é indesejada e/ou não planeada, e leva a que uma em cada nove mulheres recorra à sua interrupção. Assim, no seu total, cerca de 46 milhões de gestações terminam em interrupção da gravidez por opção da mulher, realizadas de forma legal ou ilegal (World Health Organization, 2005).

A recente legalização da IVG por opção da mulher, até às 10 semanas de gestação, em Portugal (Lei nº16/2007 de 17 de Abril) proporciona um contexto privilegiado para conhecer a realidade psicológica das mulheres portuguesas que enveredam por esta resolução reprodutiva (Sereno, Leal e Maroco, 2012).

Os dados do INE (2016) revelam que em 2015 o número de nados-vivos em Portugal foi de 85.500, enquanto que em 2014 tinha sido de 82.367. Curiosamente, e segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), apesar do número de nados vivos ter aumentado, o número de interrupções voluntárias da gravidez diminuiu: em 2015 foram realizadas 16454, menos 1.8% que no ano anterior. Tal como já aconteceu anteriormente, as Interrupções da Gravidez (IG) por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas,

constituem cerca de 96,5% do total das interrupções realizadas. O segundo motivo mais frequente é: “grave doença ou malformação congénita do nascituro” com 423 registos (2,6%) (Direcção Geral de Saúde, 2014; Direcção Geral de Saúde, 2015).

Do ponto de vista psicológico, a IVG pode ser entendida como uma experiência com importantes significações e implicações emocionais, intimamente relacionadas com as características de personalidade e as experiências prévias de cada mulher, as suas relações interpessoais, as suas crenças religiosas, as suas contingências de vida e o ambiente social, cultural e legal envolvente (Stotland, 2001). Nesta linha de pensamento, Noya e Leal (1998), defendem que a IVG é uma atitude individual e social que produz poucas respostas fáceis e muitas questões difíceis. Por esse motivo, torna-se fundamental que a mulher perceba o significado que a gravidez tem para si, tendo em conta as suas crenças e valores.

Segundo Gesteira, Barbosa e Endo (2006), a IVG traduz-se num dilema para as mulheres pois poderá estar patente um conflito em virtude das suas crenças, princípios e valores, os quais contribuem para o aparecimento do sentimento de culpa. Quando decidem, sozinhas, junto do parceiro ou da família, as mulheres trabalham essa culpa, deixando-a em segundo plano, focando-se na resolução imediata da sua situação.

Resultantes da prática clínica e da investigação científica, podem ser identificadas duas perspetivas diferentes acerca do efeito da experiência de IVG nas mulheres. Por um lado, as consequências emocionais podem ser vistas numa lógica psicopatológica, por outro, a IVG pode ser considerada como um acontecimento de vida potencialmente stressante que, embora possa consistir numa ameaça para a mulher, não conduz, necessariamente, ao desenvolvimento de um quadro psicopatológico (Adler *et al.*, 1992).

No entanto, é inegável que um processo de IVG, marcado pela condição inicial de gravidez indesejada, pela tomada de decisão e pelo subsequente processo de ajustamento, encontra-se, na maior parte das vezes, associado a reações emocionais negativas e a um aumento do risco de desenvolvimento de problemas, como a ansiedade, depressão, perturbações de sono e uso/abuso de substâncias (Adler *et al.*, 1992; Coleman, Reardon, Rue e Cogle, 2002; Coleman, Reardon, Strahan e Cogle 2005; Cogle, Reardon e Coleman, 2003; Fergusson, Horwood e Ridder, 2006; Lewis, 1997; Major e Cozzarelli, 1992; Miller, 1992; Reardon e Ney, 2000; Sereno, Leal e Maroco, 2012). Neste âmbito, o estudo de Pereira, Pires e Canavarro (2013), com mulheres portuguesas que realizaram IVG, vem corroborar esta ideia, concluindo que estas revelaram maiores níveis de sintomatologia depressiva e menor qualidade de vida do que as mulheres que não tinham

passado por esta experiência. Também os autores Guedes, Gameiro e Canavarro (2010) concluem no seu estudo que as mulheres que recorreram à IVG experimentaram maior ansiedade e culpa e menor felicidade e surpresa, comparativamente com a população em geral.

A maneira como as mulheres lidam com a decisão de IVG pode ser facilitada ou dificultada por vários fatores, nomeadamente: a capacidade de tolerar afetos dolorosos e alguma ambivalência; o apoio social percebido durante a fase de tomada de decisão, como também a pressão externa sentida nessa fase; as atitudes e as crenças morais e religiosas em relação ao aborto; as habilitações literárias; a recordação de práticas educativas maternas de rejeição e sobreprotecção; a vulnerabilidade ao *stress*; o recurso às suas estratégias de *coping* e as circunstâncias de vida, atuais e passadas, da mulher, que podem funcionar como situações indutoras de *stress* acrescido (Coleman *et al.*, 2005; Eisen e Zelman, 1984; Guedes, Gameiro e Canavarro, 2010; Machado, 2012; Osofsky e Osofsky, 1972; Shusterman, 1979; Sereno, Leal e Maroco, 2012). Também a desejabilidade da gravidez, a perceção de falta de suporte parental ou conjugal após a IVG, assim como o tempo de gestação em que esta é realizada, parecem influenciar a vivência pessoal do fenómeno (Adler *et al.*, 1992; Coleman *et al.*, 2005; Major *et al.*, 1990; Major e Cozzarelli, 1992; Söderberg, Janzon e Sjöberg, 1998).

A perspetiva fundamentada no modelo do stress e do *coping* (Lazarus e Folkman, 1984) tem prevalecido nos últimos anos, demonstrando que a IVG envolve respostas de adaptação comparáveis às experienciadas mediante acontecimentos indutores, que se traduzem numa diminuição dos níveis de stress psicológico do período decisório para o período pós-IVG e num predomínio das emoções de alívio e felicidade após a interrupção.

Segundo Lee e Gilchrist (1997), o período que é sentido pela mulher como mais difícil, em termos emocionais, é a fase imediatamente antes do aborto, aquando da tomada de decisão em relação à sua prática. De acordo com as autoras, tomar esta decisão envolve sempre ambivalência e emoção, surgindo, muitas vezes, respostas confusas perante a situação de uma gravidez indesejada. Assim, esta conflitualidade pode conduzir a um adiamento da decisão de abortar (Sereno, Leal e Maroco, 2012).

De facto, uma mulher que vive uma gravidez que não deseja, encontra-se numa situação de crise psicológica e social intensa, que é acompanhada de sofrimento psicológico, podendo este ser mais ou menos intenso consoante a história de cada mulher. Tal como acontece noutras áreas, as mulheres que têm menor apoio social e que dispõem

de estilos adaptativos mais pobres, tendem a vivê-la com mais dificuldades e com consequências mais negativas (Senay, 1974, cit. por Sereno, Leal e Maroco, 2012).

2. Processo de Decisão

2.1.Fatores de influência

Quando se depara com uma gravidez inesperada, a mulher tem duas opções: prosseguir ou interrompê-la. Noya e Leal (1998), defendem que existem dois fatores determinantes na tomada de decisão. Por um lado, é necessário ter em conta em que medida a gravidez é desejada e, por outro, ter presente em que medida a mulher aceita ou não a IVG como método para resolver uma gravidez não desejada.

Segundo Smetana e Adler (1979), a decisão sobre o desfecho da sua gravidez é um processo mediado pelos seus sentimentos, pelas mudanças na relação com o companheiro, pela pressão social e familiar, por aspetos clínicos ou diagnósticos realizados, pelas suas crenças e valores (em relação à prática do aborto voluntário e à maternidade) e pela desejabilidade da gravidez (Sereno, Leal & Maroco, 2012; Smetana & Adler, 1979).

Com base na literatura sobre este tema, Miller (1992) elaborou um modelo do processo de tomada de decisão de IVG, baseado em cinco componentes fundamentais: antecedentes motivacionais da conceção (baixa intencionalidade da gravidez e adoção de medidas anticoncepcionais preventivas de uma gestação); atitudes da mulher e dos seus familiares em relação ao aborto induzido e à maternidade (valores morais e religiosos); dificuldades de aceitação de uma gravidez numa determinada fase do ciclo de vida (estatuto marital, número esperado de filhos, idade, motivação para a responsabilidade da maternidade); constrangimentos legais e relacionais (tempo de gestação legalmente definido para a interrupção, coerção do parceiro e/ou família); características de personalidade da mulher (independência).

Com esta teoria, Miller (1992) defende a existência de um processo de tomada de decisão, através da criação de três modelos: modelo básico, modelo de decisão e modelo de perda. No primeiro, ressalta o impacto das restrições situacionais (conflitos com o companheiro, conflitos familiares) no momento da tomada de decisão e na efetividade da decisão. Acontecimentos posteriores ao aborto, daí recorrentes, também podem levar a um arrependimento na decisão de abortar. No modelo de perda, o autor reconhece que a ambivalência acerca da decisão pode ter um impacto fundamental na resposta emocional

posterior ao aborto. Se, perante uma gravidez indesejada, a mulher experimentar uma ambivalência e um desejo de prosseguir intensos, realizar um aborto pode levar a reações emocionais violentas, tais como tristeza, raiva, desespero e depressão.

A constelação de variáveis pessoais, relacionais e sociais, moldam o processo de tomada de decisão de IVG e, consoante a sua natureza, facilitam ou dificultam-no, condicionando as respostas emocionais das mulheres face a esta resolução reprodutiva (Sereno, Leal e Maroco, 2012). Segundo Noya e Leal (1998), existem alguns fatores identificados na literatura que são determinantes nas respostas emocionais pós-aborto: a idade – mulheres mais novas têm menor risco de traumas emocionais-, a duração da gestação, variáveis socioculturais, a religião, o apoio social – companheiro e familiares – , os antecedentes psicopatológicos e o grau de satisfação inerente à decisão de abortar.

Neste âmbito, autores como Rivera (1998) e Gesteira, Barbosa e Endo (2006) identificam como fatores de influência na decisão de prosseguir ou abortar: os objetivos profissionais e projeto de vida; a situação financeira; a estabilidade e qualidade da relação conjugal; a existência de violência doméstica; a dimensão do agregado familiar; a idade; a religião; as representações que a mulher tem face ao aborto e aos métodos utilizados; as representações do feto e das consequências físicas e psicológicas que poderá ter para si.

No estudo de Guedes, Gameiro e Canavarro (2010), as razões mais frequentemente assinaladas pelas participantes na procura da IVG relacionaram-se com motivos financeiros, como o emprego ou os estudos, e com a indesejabilidade da gravidez. Por outro lado, os resultados do estudo de Costa, Hardy, Osis e Faúndes (1995) apontam que os principais fatores de decisão relativamente à IVG passam pelo facto de a mulher não se considerar preparada para criar/educar uma criança, pela falta de condições financeiras, pelo facto de ser solteira e pela família e/ou namorado/companheiro não aceitarem a gravidez. Os autores concluem também que a proporção de mulheres que pensou em abortar e que efetivamente interrompeu a gravidez foi significativamente menor em mulheres casadas do que nas restantes.

Também a Associação para o Planeamento da Família (APF, 2006) realizou um estudo com 2000 mulheres portuguesas, com o intuito de perceber as razões que as levaram a realizar uma IVG. Enquanto algumas referiram ser demasiado jovens na altura (17.8%), outras alegaram razões económicas (14.1%), não desejarem ter filhos (13.2%), haver uma rejeição da gravidez por parte do companheiro (9.4%), instabilidade conjugal (9.1%) e pressões familiares (8%), entre outras.

Rodrigues, de Faria e Ribeiro (2014) entrevistaram 7 mulheres que já tinham realizado a consulta de IVG mas que decidiram prosseguir com a gravidez, com o intuito de perceber as suas motivações e fatores que levaram a esta decisão. Entre as razões para prosseguir, surgiram, com maior impacto, os fatores pessoais comparativamente aos sociais e relacionais. No entanto, segundo as autoras, cada decisão pessoal necessita de validação externa, o que se refletiu na predominância dos fatores sociais como os de segunda linha de influência para prosseguir.

Contudo, para prosseguir a gravidez, o maior número de razões era de cariz pessoal. Neste processo, cada uma se confrontou com as suas atitudes morais, o desejo de maternidade existente, as representações do bebé e as representações do aborto. Cada uma partiu da sua experiência pessoal, para a tomada de uma decisão para a vida. Os resultados confirmaram o impacto do apoio quanto à decisão de prosseguir ou abortar, como referido por diversos autores (Rodrigues, de Faria e Ribeiro, 2014).

Relativamente aos fatores implicados na decisão de não prosseguir com a gravidez, revelaram maior expressão os fatores sociais, seguindo-se os relacionais e os pessoais. Nos fatores sociais destacam-se o apoio percebido da família e a influência da situação laboral e económica. Nos fatores relacionais, a qualidade da relação conjugal e a reação do companheiro à gravidez foram os mais mencionados. Por último, os fatores pessoais mais referidos para não prosseguir com a gravidez dizem respeito às expectativas quanto ao papel parental e à situação de saúde ou doença (Rodrigues, de Faria e Ribeiro, 2014).

Podemos constatar que na literatura não encontramos nenhum estudo português feito com ambas as amostras: mulheres que prosseguiram e mulheres que interromperam a gravidez inesperada. Assim, face às lacunas e limitações das investigações anteriormente referenciadas bem como às suas contradições, este estudo tem como objetivo entrevistar mulheres que passaram por uma gravidez inesperada, interrompendo-a ou prosseguindo-a, com o intuito de compreender os fatores que estiveram na base da sua decisão. Pretende ainda aceder à realidade portuguesa acerca deste fenómeno.

2. Metodologia

2.1. Desenho da Investigação

Torna-se fundamental refletir acerca do paradigma que está subjacente a uma investigação, isto é, o conjunto de crenças básicas, valores e pressupostos que definem a visão do mundo, a sua natureza e a forma como os sujeitos nele se posicionam e com ele se relacionam (Guba e Lincoln, 1994). Segundo Guba e Lincoln (1994), podemos ter em consideração quatro paradigmas científicos com diferentes características entre eles: Paradigma Positivista, o Paradigma Pós-Positivista, a Teoria Crítica e o Paradigma Construcionista.

Tendo em conta as posições ontológica, epistemológica e metodológica adotadas, esta investigação enquadra-se no Paradigma Pós-Positivista. A posição ontológica de que a realidade, apesar de real, somente pode ser apreendida de maneira imperfeita e probabilística em virtude da complexidade do objeto de estudo e das características do investigador; a posição epistemológica de que se pode conhecer a realidade porém apenas de maneira aproximada e a posição metodológica mais focalizada na falsificação de hipóteses como forma de se aproximar à realidade estão, assim, na base da presente investigação (Guba & Lincoln, 1994).

É ainda relevante mencionar que a investigação está enquadrada numa abordagem qualitativa exploratória, comparativa entre duas amostras. Uma delas, composta por mulheres que prosseguiram com a gravidez inesperada, e outra por mulheres que a interromperam, tendo sido realizada uma análise temática.

2.1.1. Questão inicial

A questão que serviu como ponto de partida da presente investigação é: *“Perante uma gravidez inesperada, quais os fatores que estão na base da decisão de prosseguir ou de interromper essa mesma gravidez?”*.

2.1.2. Mapa conceptual

Tendo sido a questão inicial o ponto de partida desta investigação, formulou-se então o mapa conceptual, representado na Figura 1, que pretende representar esquemática e simplificada os principais constructos investigados e as suas relações, dada a complexidade da realidade em estudo.

Assim, o mapa conceptual aqui apresentado pretende representar a natureza exploratória da investigação, que, através da análise das entrevistas realizadas a algumas mulheres que passaram por uma gravidez inesperada, se propõe dar um contributo para os esboços da compreensão dos fatores que pesaram na decisão de prosseguir ou de interromper a gravidez e da relação entre eles.

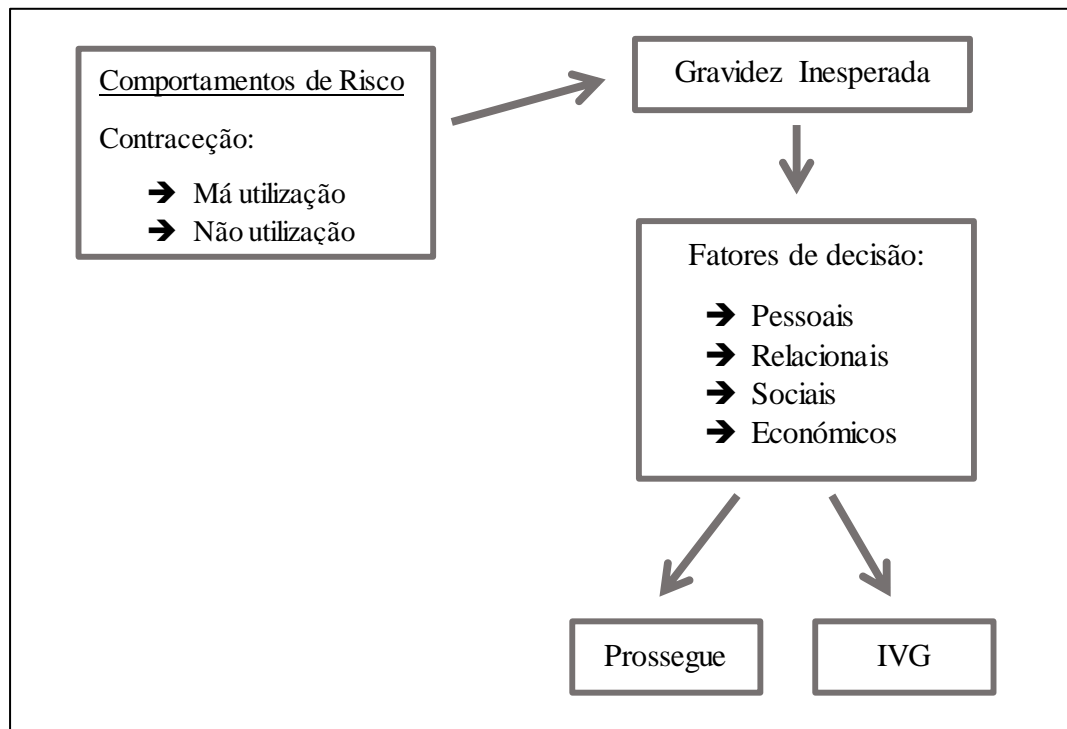


Figura 1 - Mapa conceptual do estudo exploratório

2.1.3. Objetivos gerais e específicos

Na sequência do que acima foi referido, a presente investigação pretende dar um contributo para os esforços de compreender, na realidade portuguesa, os fatores que estão na base da decisão de prosseguir ou de interromper uma gravidez inesperada recorrendo à riqueza das vozes de mulheres que passaram por essa experiência.

Assim sendo, os objetivos gerais da investigação são os seguintes: (1) conhecer a experiência de gravidez inesperada de cada mulher entrevistada; (2) compreender e especificar que fatores estão na base da decisão de prosseguir ou de interromper a gravidez inesperada; (3) comparar e averiguar se existem diferenças nos fatores que estão na base da decisão das mulheres que prosseguiram e das mulheres que interromperam a gravidez; e (4) definir e diferenciar os conceitos “gravidez desejada” e “gravidez planeada”.

Partindo destes objetivos gerais foram ainda delineados alguns objetivos específicos que importa referir: (a) compreender como ocorreu a gravidez inesperada, tendo em conta os comportamentos de risco, o contexto social, familiar e relacional, entre outros, e como ocorreu o processo de decisão; (b) perceber, de um modo geral, se existe ou existia o desejo de maternidade em cada mulher entrevistada; (c) identificar os fatores que estão na base da decisão de prosseguir a gravidez em mulheres que ponderaram as duas opções (prosseguir e interromper); (d) identificar os fatores que estão na base da decisão de interromper a gravidez em mulheres que ponderaram as duas opções (prosseguir e interromper); (e) identificar os fatores que estão na base da decisão das mulheres que só ponderaram a opção de interromper a gravidez; (f) identificar os fatores que estão na base da decisão das mulheres que só ponderaram a opção de prosseguir com a gravidez; (g) comparar e averiguar se existem diferenças entre os fatores que estão na base da decisão das mulheres que ponderaram as duas opções e decidiram interromper e das mulheres que ponderaram as duas opções e decidiram prosseguir; (h) comparar e averiguar se existem diferenças entre os fatores que estão na base da decisão das mulheres que prosseguiram com a gravidez e das que interromperam a gravidez; (i) compreender a perspetiva das mulheres acerca dos conceitos “gravidez desejada” e “gravidez planeada” e definir os mesmos.

2.1.4. Questões de investigação

Os objetivos mencionados levam-nos a formular as seguintes questões de investigação:

Q1 – Como ocorreu a gravidez inesperada e o processo de decisão?

Q2 – Em que medida existe ou existia desejo de maternidade nas mulheres entrevistadas?

Q3 – Quais os fatores que estão na base da decisão das mulheres que prosseguiram com a gravidez, apesar de terem ponderado as duas opções?

Q4 – Quais os fatores que estão na base da decisão das mulheres que interromperam a gravidez, apesar de terem ponderado as duas opções?

Q5 – Quais os fatores que estão na base da decisão das mulheres que só ponderaram interromper a gravidez?

Q6 – Quais os fatores que estão na base da decisão das mulheres que só ponderaram prosseguir com a gravidez?

Q7 – Quais as principais diferenças entre os fatores que estão na base da decisão das mulheres que, apesar de terem ponderado as duas opções, prosseguiram com a gravidez e os fatores que estão na base da decisão das mulheres que, apesar de terem ponderado as duas opções, interromperam a gravidez?

Q8 – Quais as principais diferenças entre os fatores que estão na base da decisão das mulheres que prosseguiram com a gravidez e das mulheres que interromperam a gravidez?

Q9 – Quais as principais diferenças entre os conceitos “gravidez desejada” e “gravidez planeada”?

2.2. Estratégia metodológica

Na indagação de respostas para as nove questões de investigação foi estabelecida a estratégia metodológica que se descreve de seguida.

2.2.1. Processo de seleção das amostras¹

O processo de seleção da amostra utilizada nesta investigação foi não-aleatório. Trata-se, especificamente, de uma amostragem por conveniência (Vanderstoep & Johnston, 2009), devido à limitação de tempo e ao facto de ser uma amostra muito específica.

Para a amostra foi pedida a colaboração de mulheres que já tinham passado ou que estavam a passar pela experiência de uma gravidez inesperada, tendo prosseguido ou tendo interrompido a gravidez. Importa aqui referir que três das participantes estavam a ser acompanhadas por uma instituição que apoia mães e grávidas adolescentes. A cooperação dos participantes neste estudo foi completamente voluntária, tendo sido assegurada a confidencialidade dos dados fornecidos através da assinatura de um Consentimento Informado (anexo A).

2.2.2. Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 8 mulheres que prosseguiram com a gravidez e 5 que realizaram IVG (n=13), encontrando-se esquematicamente caracterizada, através das variáveis sociodemográficas recolhidas, no *quadro 1*.

¹ O processo de seleção de amostras, assim como parte da análise dos dados, foi realizado em conjunto com a colega Margarida Nery.

	Frequência (N)	Porcentagem (%)	Média (M)
Idade			
17 – 67			34,5
Escolaridade			
Ensino Superior	7	54	
12º ano	3	23	
9º ano	2	15	
6º ano	1	8	
Religião			
Católica	8	62	
Sem religião	5	38	
Atividade Profissional			
Estudante	4	31	
Empregada	6	46	
Desempregada	2	15	
Reformada	1	8	
Nº de filhos			
0 – 3			1,2
Nº de IVG			
0	8	62	
1	2	15	
2	2	15	
3 ou +	1	8	

Quadro 1 - Características sociodemográficas da amostra

No que diz respeito à caracterização da amostra, de acordo com as variáveis sociodemográficas consideradas, as participantes têm idades compreendidas entre os 17 e os 67 anos, com uma média de idades de 34,5 anos. Relativamente ao nível de escolaridade, verifica-se que mais de metade da amostra (54%) frequentou ou frequenta o Ensino Superior, 3 participantes (23%) têm o 12º ano, 2 (15%) têm o 9ª ano e apenas uma participante (8%) tem o 6º ano de escolaridade.

Quando questionadas acerca da religião, 62% das participantes afirmaram ser católicas, enquanto que as restantes (38%) declararam não ter religião. Em relação à atividade profissional, 6 participantes (46%) encontram-se a trabalhar, 4 (31%) estão a estudar, 2 (15%) estão neste momento à procura de trabalho e apenas uma (8%) encontra-se atualmente reformada. No que toca ao número de filhos das participantes, este varia entre nenhum filho a três filhos, sendo que a média encontrada diz respeito a 1,2 filhos.

Por fim, apesar do número de participantes que realizaram IVG ser menor que o número das participantes que prosseguiram com a gravidez, no total da amostra existiram dez experiências de IVG, sendo que 2 participantes (15%) realizaram uma IVG, 2 (15%) realizaram duas IVGs e uma (8%) realizou quatro IVGs. Assim como a gravidez, cada IVG é considerada uma experiência única, sendo que muitas vezes os motivos que estão na base da decisão não são os mesmos. Por essa razão, cada IVG, na análise realizada, é considerada singular e única.

2.2.3. Instrumentos utilizados

No presente estudo exploratório foram utilizados três guiões de entrevistas semiestruturadas, um para as mulheres que estavam grávidas ou que tinham tido o filho recentemente (anexo B), outro para as mulheres que tinham tido o filho há mais de 6 anos (anexo C) e outro para as mulheres que tinham interrompido a gravidez (anexo D). Os guiões foram adaptados às diferentes fases do ciclo de vida da mulher e ao contexto em que se inseriram. Assim, o guião das grávidas ou das mulheres que tiveram o filho recentemente está mais focado na adaptação a esta nova fase – planos a longo e curto prazo (*e.g.*, emprego/procura de trabalho, mudanças de habitação, projeto conjugal).

Todos os guiões foram construídos com base na revisão de literatura elaborada e nos objetivos do estudo em causa, sendo que cada um continha um pequeno questionário sociodemográfico.

Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico presente nos guiões das entrevistas semiestruturadas pretendia recolher informações que poderiam ser pertinentes para o tema em estudo, assim como ajudar a compreender e enquadrar os dados recolhidos. Em todas as entrevistas, recolheram-se as informações relativas à idade, número de filhos, religião, nível de escolaridade e atividade profissional. Às mulheres que prosseguiram com a gravidez foi perguntado adicionalmente a idade do bebé e às mulheres que interromperam a gravidez foi perguntado o número de experiências de IVGs que tinham vivenciado.

Entrevista semiestruturada

Tendo em conta os objetivos, a especificidade do tema em estudo e a necessidade de aceder às perceções e ao discurso dos participantes, a entrevista semiestruturada foi considerada o instrumento mais adequado para a presente investigação (Marks &

Yardley, 2004). Neste tipo de entrevista, as questões são semiabertas, permitindo aos participantes relatar experiências e vivências de carácter mais pessoal e dando espaço ao entrevistador para apresentar questões pertinentes que não estavam planeadas *a priori* (Flick, 2005; Daly, 2007). Assim, todos os participantes participaram numa entrevista semiestruturada que, partindo de temáticas comuns, possibilita a compreensão das perspetivas dos intervenientes e a gestão flexível dos temas expostos, o que reflete muitas vantagens quando se requer aceder à forma como os indivíduos pensam acerca de assuntos relacionados com as suas experiências pessoais (Marks & Yardley, 2004).

Ambas as entrevistas semiestruturadas em que participaram as mulheres que tinham tido o filho há mais de 6 anos e as mulheres que tinham interrompido a gravidez seguiram um guião (anexo B; anexo C) com dez blocos temáticos principais (informação, ser mãe, dados sociodemográficos, relação com o pai do bebé, descoberta da gravidez, processo de decisão, decisão de prosseguir ou de interromper, vida atual, apoio social atual, finalização) que agrupam no total 41 questões. Por outro lado, a entrevista realizada às mulheres que estavam grávidas ou que tinham tido o filho recentemente tinha mais um bloco temático principal (planos futuros) em relação aos restantes guiões, ficando com onze blocos e 47 questões no seu total (anexo A).

2.2.4. Procedimento de recolha, tratamento e análise de dados

Primeiramente, o presente estudo foi apresentado à Comissão de Deontologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Após ter sido analisado por esta entidade, o mesmo foi aprovado, procedendo-se então ao início da investigação.

Para aceder à amostra do estudo, começou por se fazer um apelo a mulheres que passaram pela experiência de uma gravidez inesperada, tendo em atenção o maior equilíbrio possível na representação das duas situações – prosseguir com a gravidez e IVG -, para a participação numa entrevista semiestruturada com o tema “fatores de decisão perante uma gravidez inesperada”. Seguiu-se então a recolha de dados através das 13 entrevistas semiestruturadas e de um pequeno questionário sociodemográfico, num período temporal que foi de Outubro a Julho de 2017.

Após a recolha de dados nas entrevistas foi realizado o tratamento e a análise dos mesmos que, tendo em conta a natureza qualitativa da atual investigação exploratória, foi feita com recurso ao *software Qualitative Solutions Research (QSR) NVivo 11 for Windows*. Neste sentido, esta natureza qualitativa e exploratória do estudo manifesta-se na procura por aceder aos pensamentos das participantes em relação ao tema,

compreendendo detalhadamente os fatores que estão na base da decisão de prosseguir ou de interromper a gravidez inesperada. Desta forma, é possível contribuir para a reflexão e enriquecimento das intervenções efetuadas nesta área. Tendo em conta a temática explorada, a opção metodológica que melhor se enquadrou aos objetivos do estudo foi a análise temática indutiva, permitindo reconhecer padrões nos conteúdos manifestos e latentes das entrevistas, de maneira a que se pudesse retirar dos dados a maior riqueza de informação possível (Marks & Yardley, 2004; Braun & Clarke, 2006).

3. Apresentação e discussão de resultados²

Tendo em conta os objetivos estabelecidos, as 13 entrevistas, realizadas a mulheres que passaram por uma gravidez inesperada, foram analisadas com recurso ao software *Qualitative Solutions Research (QSR) NVivo 11 for Windows*, através da criação de categorias e subcategorias de análise. As mesmas foram criadas de acordo com os padrões que surgiram nas respostas dadas pelas participantes, o que abriu espaço para a necessidade de as ir refletindo, adaptando e recriando ao longo de toda a análise (Braun & Clarke, 2006; Marks & Yardley, 2004).

Após a análise dos dados, procedeu-se à elaboração de matrizes de resultados, o que permitiu a extração não só dos números de referências codificadas em cada categoria e subcategoria de análise, como também do número de pessoas que menciona cada uma delas, possibilitando aceder às narrativas e à realidade de cada uma das participantes. A árvore de categorias extraída da análise de dados encontra-se em anexo (Anexo D).

Ao longo da análise dos dados, três categorias emergiram de forma clara no discurso das participantes. O **apoio sentido**, o **desejo de maternidade** e o **contexto relacional** foram sistematicamente identificados pelas participantes como fatores que influenciaram a experiência da gravidez inesperada e, consequentemente, a decisão sobre a mesma.

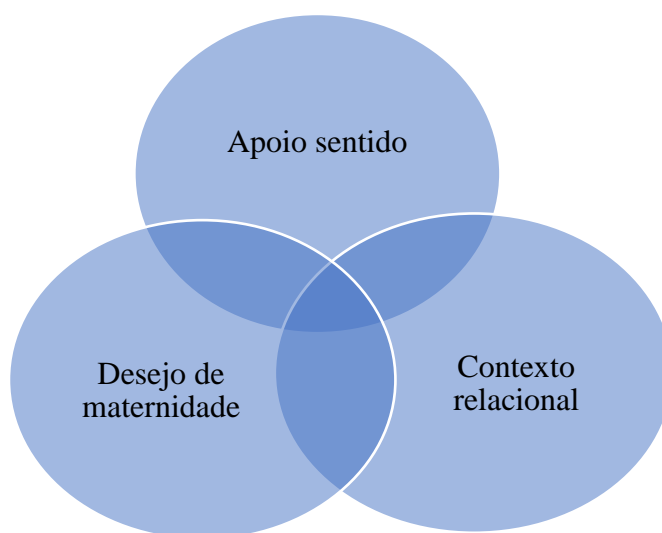


Figura 2 – Fatores principais que parecem estar na base da decisão de prosseguir ou de interromper a gravidez

² Os participantes aparecem com pseudónimos e identificados pela idade e pelo processo (PRO - prosseguiu, IVG – interrompeu).

Assim, o **apoio sentido** durante todo o processo, o **desejo de maternidade** e o **contexto relacional** em que surge a gravidez inesperada são fatores que, estando relacionados entre si, parecem estar na base da decisão de prosseguir ou de interromper a gravidez. Importa aqui salientar que em nenhuma participante pesou na decisão somente um fator, ou seja, a decisão é tomada devido à influência de diversos fatores conjugados entre si.

3.1. Apoio sentido, contexto relacional e desejo de maternidade

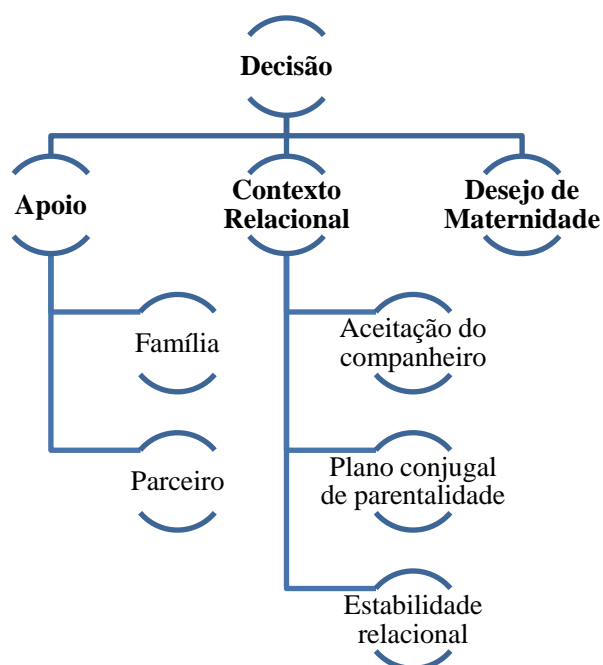


Figura 3 – Fatores específicos que parecem estar na base da decisão de prosseguir ou de interromper a gravidez

Tal como mencionado anteriormente, o **apoio** foi identificado pelas participantes como um elemento fundamental durante toda a experiência da gravidez inesperada, tendo também influência na tomada de decisão. Especificamente, na tomada de decisão, é de destacar o **apoio familiar** ter sido o mais referido. Das 13 participantes, 9 mencionaram ter apoio a família: “*Independentemente das condições que nós temos, porque nós temos*

apoio das nossas famílias, tipo os nossos pais apoiam-nos, os nossos avós apoiam-nos, a nossa família apoia, portanto, eu acho que tudo se arranja, mesmo que não tenhamos possibilidades financeiras. Se nós tivermos apoio familiar, eu acho que isso é o mais importante.” (Filipa, 27, PRO). Este resultado parece fazer sentido, tendo em conta a caracterização da amostra do estudo. A maior parte das participantes (N=10) não vivia com o companheiro e não se encontrava a trabalhar, por isso, caso prosseguissem com a gravidez, era importante terem uma estrutura de apoio (e.g., logístico, financeiro) que as permitisse criar a criança. O **apoio do companheiro** também se mostrou fundamental na tomada de decisão. Das 8 mulheres que prosseguiram, 6 revelaram que o apoio que sentiram teve influência na sua decisão: *“O facto de sentir que ele queria o mesmo e que me apoiava nisto foi fundamental.”* (Teresa, 24, PRO). *“Foi o apoio do meu namorado e da família que me fizeram prosseguir”* (Jéssica, 19, PRO). Neste sentido, autores como Canavarro (2001) e Pereira, Santos e Ramalho (1990) defendem que o apoio do companheiro torna-se fundamental na aceitação e na adaptação da gravidez por parte da mulher. Também nos estudos de Rodrigues, Faria e Ribeiro (2014) e Sereno, Leal e Maroco (2012), as mulheres entrevistadas referenciam o apoio sentido como um fator preponderante na decisão de prosseguir ou de interromper a gravidez.

Por outro lado, a **falta de apoio** é mencionada por 7 participantes. De acordo com os dados, podemos constatar que este fator parece ter pesado na decisão de interromper a gravidez. Das 5 mulheres que interromperam a gravidez, 4 mencionam terem sentido **falta de apoio por parte do companheiro**: *“Quando fiz aquele telefonema. Falar com o pai e não sentir o apoio do pai, sentir que eu estava sozinha neste processo (...). E, portanto, mesmo nesse desespero, quando eu estava desesperada, grávida e angustiada, se ele tivesse dado o apoio, se naquela altura tivesse tido aquela epifania “Ah okay, vamos juntos nisto, eu estou decidido e vou para aí”, eu teria tido aquele bebé com muito amor. Mas como faltou essa parte, para mim, muito importante, porque eu valorizava muito a família e ... o apoio do outro, isso para mim era muito importante, então eu responsabilizei-o por aquilo.”* (Laura, 41, IVG). Este resultado é sustentado pelo estudo de Ekstrand, Tydén, Darj & Larsson (2009), onde as participantes referem que, sem o apoio do parceiro e o acordo na forma como vão lidar com a eventual paternidade, a IVG seria a única solução razoável.

Relacionado com este aspeto, dentro do **contexto relacional**, destaca-se o **companheiro não aceitar a gravidez e estar contra** a mesma, perspetivando-se como influenciador da decisão de realizar a IVG de 3 em 5 participantes. Assim, se o

companheiro estiver contra a gravidez, não desejando a mesma, dificilmente apoia a mulher para que prossiga, o que também faz com que esta pondere interrompê-la: *“O Pedro na altura achava que se calhar o filho nem era dele e essas coisas, foi extremamente desagradável... E ele queria que eu abortasse e tivemos uma grande discussão.”* (Rosário, 24, IVG). Nos estudos dos autores APF (2006), Costa, Hardy, Osis e Faúndes (1995) e Rodrigues, Faria e Ribeiro (2014), este fator revelou-se preponderante na tomada de decisão de IVG. Por outro lado, o facto de o **companheiro aceitar a gravidez** parece ter influenciado a decisão de 6 participantes de prosseguir com a mesma: *“Ficou todo contente, até ficou mais contente que eu! Ele na altura pensava que era uma menina, como já tínhamos 2 rapazes.... Mas quando descobrimos o sexo dele não mudou nada. Andava todo babado a dizer que ia ser pai outra vez.”* (Donzília, 67, PRO).

O facto de a mulher se encontrar numa **relação instável** também parece ter influência na decisão de a interromper de 4 participantes. Se a mulher não se sentir segura relativamente à relação com o companheiro, quando engravida inesperadamente pondera mais facilmente a hipótese de realizar uma IVG: *“A minha relação com a outra pessoa estava completamente, completamente... como é que se diz? Minada. Já estava com os dias contados, e aquilo foi mais uma prova e era uma pessoa muito psicologicamente perturbada, que eu jamais quereria como o pai da minha criança e... e pronto.”* (Gabriela, 36, IVG). Em contrapartida, a **relação** sendo **estável** parece influenciar a decisão de prosseguir com a gravidez: *“Nós já éramos casados quando qualquer uma delas nasceu.”* (Zélia, 46, PRO). No entanto, se na altura em que a mulher engravida, mesmo estando numa **relação estável**, a relação está a passar por uma fase difícil, este fator parece ter influência na decisão de interromper: *“No caso da gravidez do pai dos meus filhos, eu quis e foi ele que não quis. Reconheci-lhe bom senso, porque realmente nós estávamos numa fase muito má da relação.”* (Patrícia, 57, PRO). Este resultado corrobora o modelo básico de tomada de decisão apresentado por Miller (1992). No modelo, o autor ressalta o impacto das restrições situacionais, nomeadamente os conflitos com o companheiro, no momento da tomada de decisão e na efetividade da decisão. Também autores como Rivera (1998), Gesteira, Barbosa e Endo (2006) e a APF (2006) mostraram que a estabilidade e qualidade da relação conjugal tem influência na decisão de prosseguir ou de interromper a gravidez inesperada. A **tomada de decisão conjunta** ou **individualmente** parece estar relacionada com o facto de a relação do casal ser estável ou não. Das 5 mulheres que tomaram a decisão sozinhas, 4 encontravam-se numa **relação instável** e 3 acabaram por interromper a gravidez: *“Já estávamos juntos há muitos anos,*

mas ali foi complicado (...), eu não queria falar com ele, sentia-me magoada. Ele estava com dúvidas entre outra pessoa e eu, era uma grande mágoa... (...) ele disse que queria ter o bebé, mas eu disse não e decidi sozinha” (Laura, 41, IVG).

Ainda relativamente ao **contexto relacional**, a existência de um **plano conjugal de parentalidade**, isto é, o facto de o casal ter conversado acerca da possibilidade de um dia terem filhos juntos, parece estar também na base da decisão das 8 participantes que prosseguiram com a gravidez: *“Nos dois casos, planejar, planejar, não, mas gostávamos [de ter filhos], estávamos apaixonados, essas conversas surgem. Principalmente no primeiro caso, já estávamos juntos, eu acho que, há 6 anos quando eu engravidei.”* (Gabriela, 36, IVG). Relacionado com este fator, encontra-se o **desejo de maternidade** da mulher. Das 13 mulheres entrevistadas, 11 revelaram que tinham vontade de ser mães antes de ficarem grávidas: *“Há muito tempo que eu queria ser mãe”* (Mara, 18, PRO); *“Eu queria muito ter filhos”* (Laura, 41, IVG); *“Eu sempre quis ter três raparigas e queria ter filhos o mais rapidamente possível”* (Zélia, 46, PRO). Este aspeto vem ao encontro ao que os autores Biscaia e Sá (2004) defendem, salientando que num plano emocional, a gravidez inicia-se muito antes da mulher estar de facto grávida, e assim, o **desejo de maternidade** tipicamente antecede a gravidez. No entanto, de forma contrastante com esta ideia, uma das participantes revelou que só depois de ter realizado uma IVG é que o desejo de maternidade surgiu: *“A verdade é que antes não pensava em ser mãe. A seguir a isso [IVG], parece que o relógio biológico das mulheres desperta, é o que dizem. Hoje em dia sou muito mais sensível a crianças e mais, depois daquilo, cheguei ao ponto de dizer “Não, eu vou ter que ser mãe! Eu quero ser mãe!”* (Bárbara, 27, IVG). A afirmação da participante faz-nos refletir sobre a influência que a IVG tem no seu desejo de maternidade. Ao contar a sua experiência, a mesma participante relata: *“depois estava no recobro e acordo (...) e quando olho, acabo por me focar mais no que tenho mais perto de mim, e está uma senhora mais velha (...). E a senhora olha também para mim, olhámos para os olhos uma da outra, e ela tem uma expressão perplexa e tem lágrimas a cair dos olhos. Epá... isso para mim foi... Aí é que eu acho que realmente eu percebi “ok, o que é que eu fiz...”. (...) foi um processo difícil porque depois senti-me julgada a posteriori, pelos outros, por mim própria.”* A narrativa desta participante ilustra um dos primeiros momentos após a intervenção de IVG, em que terá sentido de forma intensa, embora crescente, sentimentos de surpresa e perplexidade com a várias dimensões (e.g.: emocionais, físicas, existenciais) associadas à experiência. O julgamento que a participante refere pode ainda estar relacionado com um sentimento de culpa pela

decisão que tomou. Na verdade, a literatura sobre a realização da IVG aponta neste sentido. Vários estudos realizados com mulheres que interromperam a gravidez mostram que a culpa é um dos estados emocionais mais frequentemente emergentes nas mulheres após a realização da IVG (Adler et al., 1992; Cosme & Leal, 1998; Noya & Leal, 1998; Sereno, Leal & Maroco, 2010; Speckhard & Rue, 1992).

Apesar de existir *a priori* **desejo de maternidade** em todas as participantes que prosseguiram, as participantes revelam que o casal não queria ter filhos naquela altura: “*Nós queríamos [ser pais], só que não era agora.*” (Carla, 20, PRO); “*Nos dois casos, planejar, planejar, não, mas gostávamos [de ter filhos], estávamos apaixonados, essas conversas surgem. Principalmente no primeiro caso, já estávamos juntos, eu acho que, há 6 anos quando eu engravidei. Mas não era um plano. Nós éramos muito jovens.*” (Gabriela, 36, IVG); “*Nós até já ponderávamos ter filhos um com o outro (...), já tínhamos falado sobre o assunto. Era depois de eu terminar a faculdade, porque ele já trabalhava, (...) como eu estava na faculdade, precisava de estar focada na faculdade, depois disso sim.*” (Filipa, 27, PRO). Assim sendo, pode concluir-se que o **desejo de maternidade** é independente do **desejo da gravidez presente**, isto é, apesar das participantes terem o desejo de serem mães, não quer dizer que queiram satisfazer esse desejo em qualquer fase/altura da sua vida. Este aspeto parece estar relacionado com o facto de as mulheres sentirem necessidade de ter estabilidade a nível profissional, a nível pessoal e a nível financeiro antes de serem mães, como ilustram as participantes: “*Eu desejava ter filhos assim, um dia e tal quando estivesse bem, quando estivesse estável em termos profissionais*” (Ana, 50, PRO); “*Nós já mencionávamos ter filhos mas... pronto, nós já tínhamos falado sobre o assunto, que era depois de eu terminar a faculdade e começar a trabalhar, porque ele já trabalhava.*” (Filipa, 24, PRO). Como é referido por Sereno, Leal e Maroco (2009), o desejo de maternidade não está presente em todos os momentos da vida da mulher. Os mesmos autores realizaram um estudo em que concluíram que uma das motivações que levaram as mulheres a realizar uma IVG prendia-se com o facto de não existir para elas, naquele momento específico, um projeto de maternidade (Sereno, Leal e Maroco, 2012). No entanto, apesar de o desejo de maternidade das participantes parecer não estar presente em todas as alturas da sua vida, perspetiva-se que tenha influência na decisão de prosseguir com a gravidez, uma vez que as 8 mulheres que prosseguiram tinham, *a priori*, o **desejo de serem mães**.

Por fim, o **desejo de maternidade** relaciona-se, naturalmente, com as **expectativas decorrentes do papel de mãe**, referenciadas por 5 participantes. Uma das

participantes refere: “*Todas as mães têm essa expectativa de ser mães e ter filhos. Acho que há umas que não querem ser mães, mas dá-me ideia que são poucas.*” (Donzília, 67, PRO), ressaltando a ideia de Canavarro (2001) de que culturalmente é expectável e natural que as mulheres tenham filhos e que tenham desejo de maternidade.

3.2. Relação entre o apoio do companheiro e o contexto relacional

Como foi possível observar, os fatores **apoio** e **contexto relacional** parecem estar intimamente relacionados. Na análise dos dados surgiram três resultados não expectáveis, apresentados de seguida na *figura 4*.

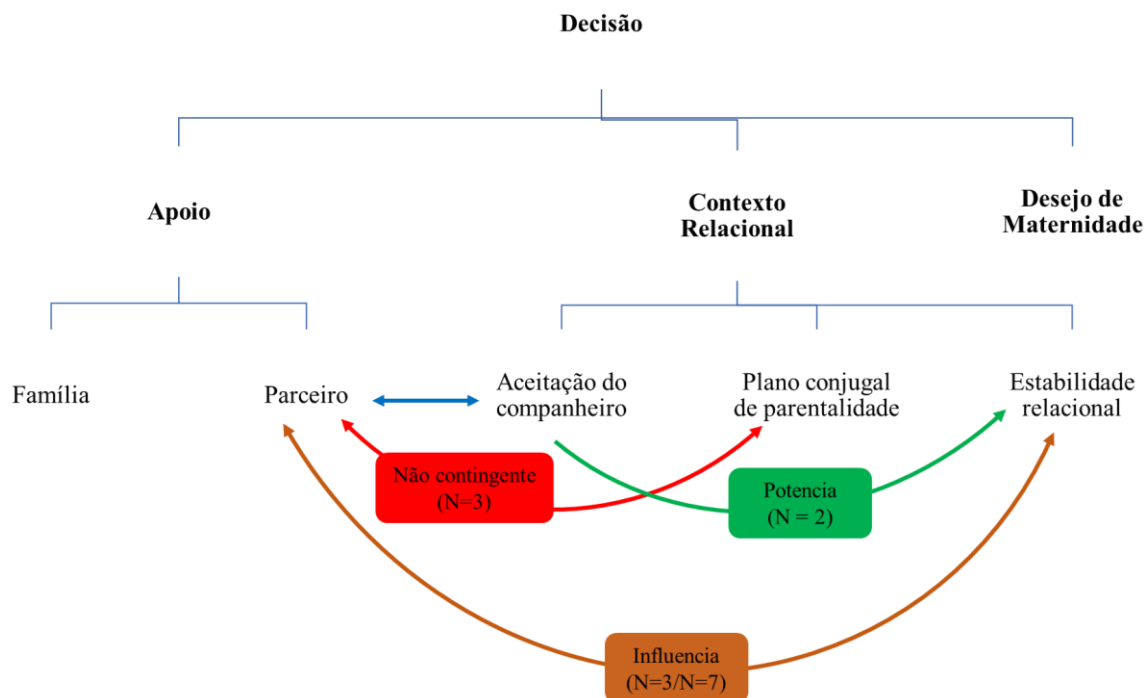


Figura 4 – Relação entre os fatores específicos

Em primeiro lugar, o **apoio** parece influenciar a **estabilidade relacional**, assim como a **estabilidade relacional** parece ter influência no **apoio sentido** pela mulher por parte do companheiro. De acordo com as entrevistas realizadas, em 7 das 13 participantes, o facto de a **relação ser estável** parece estar relacionado com o **companheiro apoiar** a mulher, o que, por sua vez, se perspetiva como influenciador na decisão de prosseguir e

interromper a gravidez: “*Eram relações estáveis (...). Correu tudo bem, conversámos, chegámos os dois à conclusão de que ainda não estávamos preparados, não nos conhecíamos assim tão bem. Mas, apoiou-me em tudo.*” (Gabriela, 36, IVG). Contudo, a **falta de apoio** parece criar **instabilidade na relação** em 3 das 13 participantes, o que poderá ter influenciado a decisão de interromper a gravidez nessas mesmas 3 participantes, como é ilustrado de seguida: “*Com primeiro [companheiro], foi muito complicado, porque a pessoa entrou em pânico. (...) eu esperava uma reação de alegria e de excitação e a reação foi isso, foi contrária, uma incapacidade... um bocado uma frieza, um comportamento muito estranho, que me fez, depois, também, acabar a relação*” (Gabriela, 36, IVG). Estes resultados fazem-nos refletir acerca da possível relação entre a **estabilidade do relacionamento** e o **apoio** que a mulher sente do companheiro. De facto, parece ser expectável que, existindo **estabilidade na relação** se preveja que exista também **apoio por parte do companheiro**. Por outro lado, parece também ser expectável que a **falta de apoio** do parceiro sentida pela mulher aparenta ter influência na **falta de estabilidade** da relação.

Destaca-se também a relação entre os fatores **apoio do parceiro e plano conjugal de parentalidade** ser não contingente. Ou seja, o facto de o casal já ter falado *a priori* em ter filhos em conjunto, parece não significar que o companheiro aceite a gravidez presente e, conseqüentemente, a apoie. Este resultado é observado em 3 participantes da amostra. Nestes casos, o casal tinha plano conjugal de parentalidade, no entanto o companheiro não apoiou a gravidez presente, como é ilustrado por uma das participantes: “*Quando estávamos juntos o João também queria [ter filhos] (...), quando engravidei ele reagiu mal e disse-me para a tirar*” (Mara, 19, PRO); “*Eu queria ser mãe, ele também não rejeitava a hipótese de ser pai (...), já tínhamos falado em ter um filho. (...) [naquela gravidez] eu quis e foi ele que não quis*” (Patrícia, 57, IVG). Este resultado parece mostrar que, tal como acontece com o **desejo de maternidade** das mulheres, o **desejo de parentalidade do companheiro** é perspectivado como independente do seu **desejo em relação à gravidez presente**. Ou seja, o facto de o parceiro ter o projeto de ser pai, não implica que o queira em qualquer fase/altura da sua vida. Importa aqui referir que 2 das 3 participantes nas quais se verificou este resultado, acabaram por interromper a gravidez. Assim, uma vez mais, a **aceitação** e o **apoio do companheiro** parecem ser preponderantes na decisão da mulher.

Por último, perspetiva-se que a **aceitação da gravidez por parte do companheiro** potencia a **estabilidade da relação** em 2 participantes que se encontravam

numa relação instável. Ou seja, o facto de o parceiro aceitar a gravidez e de o casal pôr em prática o seu plano conjugal de parentalidade parece fazer com a relação se altere, de maneira a se tornar mais estável: *“Eu nem esperava que ele reagisse assim. mas reagiu muito bem e apoiou-me muito, e, desde então, tem estado muito presente e tem-me ajudado muito. (...) O Mateus apoia-me mais agora do que quando estava grávida. (...) ele até já trabalha, para lhe podermos dar boa vida.”* (Jéssica, 19, PRO). Este resultado parece fazer sentido, uma vez que, quando a mulher prossegue com a gravidez e o casal entra numa nova fase do ciclo de vida familiar – a parentalidade –, surgem novas exigências comportamentais, emocionais e cognitivas, que envolvem uma adaptação e reorganização específicas (Alarcão, 2006; Martins, 2013; Relvas, 2004) necessárias para receber a criança.

3.3. Objetivos específicos

3.3.1. Fatores que estão na base da decisão das mulheres que prosseguiram a gravidez

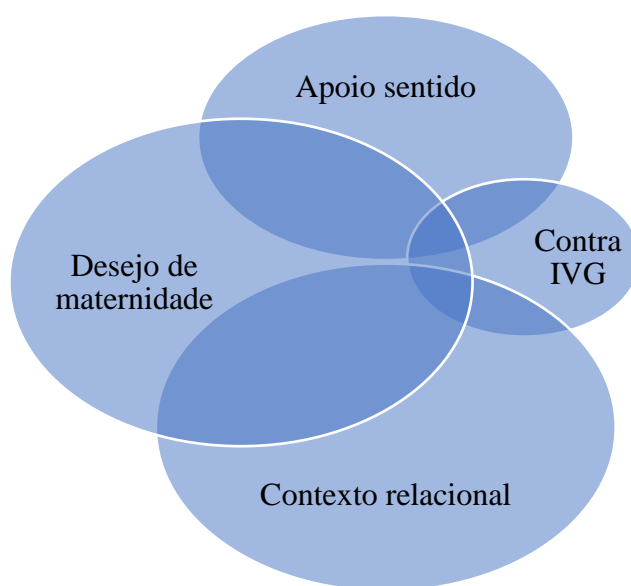


Figura 5 – Fatores principais que parecem estar na base das mulheres que prosseguiram com a gravidez inesperada

Tendo em conta a *figura 5* e o *quadro 2* (ver anexo F) podemos constatar que os principais fatores que parecem estar na base da decisão das mulheres de **prosseguir com**

a **gravidez** (N=8) dizem respeito ao **contexto relacional** em que surge a gravidez, onde se salienta o **plano conjugal de parentalidade** (N=8) e a **aceitação do companheiro** (N=6) já mencionados anteriormente. Por outro lado, nos **fatores pessoais** (N=8) destaca-se o **desejo de maternidade**, presente em todas as mulheres que prosseguiram, o facto de serem **contra a IVG** (N=4), como ilustra uma participante: “*A cabeça dizia para abortar mas o meu coração não, não me deixava fazê-lo porque, lá está, eu sempre fui contra o aborto, sempre achei uma coisa monstruosa*” (Filipa, 27, PRO) e as **crenças espirituais** (N=3): “*O que teve importância foi a minha crença em Deus e não só. Também as regras da igreja católica. Portanto, achar que isso seria um crime, e que eu iria ser punida por isso no outro mundo, não é?*” (Ana, 50, PRO). Assim, e de acordo com os estudos de Miller (1992), Noya e Leal (1998), Rodrigues, Faria e Ribeiro (2014) e Smetana e Adler (1979), a decisão sobre o desfecho da gravidez é um processo mediado pelas suas crenças e valores, em relação à prática do aborto voluntário e à maternidade. Das 8 participantes que prosseguiram, 6 mencionaram o **apoio sentido** como influenciador na decisão. De facto, a literatura sobre o tema destaca o apoio como um fator fundamental no processo de decisão, como referido anteriormente. Por último, destaca-se o fator **pressão social**. Apesar de parecer influenciar a decisão de apenas uma participante, este resultado contrasta com os dados presentes na literatura, sendo o fator *pressão social* muitas vezes associado à tomada de decisão (APF, 2006; Miller, 1992; Smetana e Adler, 1979). Neste caso específico, a participante parece sentir-se pressionada para ser mãe pelos familiares: “*O meu irmão dizia-me: foi um erro tu não teres filhos, porque tu não vais ter ninguém, os filhos são o suporte dos pais, nomeadamente na velhice*”; “*A minha mãe queria, era uma coisa que ela gostava muito e fazia muita questão, que eu engravidasse (...) os bebés eram a maior alegria da vida dela. A minha irmã também era assim desse género (...), ela acompanhou e ficou muito entusiasmada.*” (Ana, 50, PRO). Por um lado, parece ser exercida uma pressão em contexto familiar no sentido de induzir o sentimento de culpa na mulher em relação ao seu projeto, e talvez ao seu desejo de maternidade. O que percebemos como influenciador na decisão de prosseguir com a gravidez. Por outro lado, facto da sua família valorizar a maternidade também parece ter influenciado a sua decisão. Este fator está em concordância com o que Santos (2008) afirma, defendendo que quando existem, no núcleo familiar ou social, exemplos de pessoas próximas que partilhem o mesmo desejo, poderá existir pressão para as mulheres serem mães ou intensifiquem o seu desejo.

3.3.2. Fatores que estão na base da decisão das mulheres que interromperam a gravidez

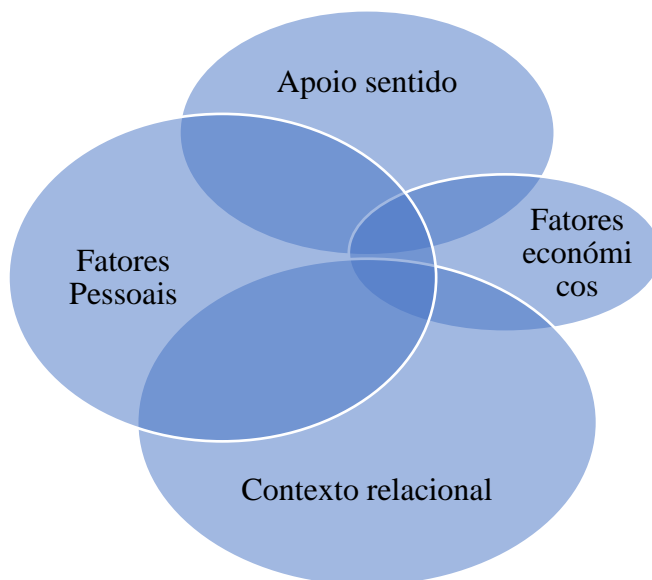


Figura 6 – Fatores principais que parecem estar na base das mulheres que prosseguiram com a gravidez inesperada

De acordo com a figura 6 e o quadro 3 (ver anexo F) podemos constatar que os principais fatores que parecem estar na base da decisão das mulheres de **interromper a gravidez** (N=5) são o **apoio** (N=5), nomeadamente a **falta de apoio** (N=4) e o **apoio na interrupção** (N=3); os **fatores pessoais** (N=5), especificamente as **crenças** (N=2) relativas à relação com o companheiro: “*Não vou condenar uma criança a ser infeliz sabendo à partida que aquela relação não vai resultar e que ela vai passar por essas dificuldades todas.*” (Patrícia, 57, IVG), a **responsabilidade materna excessiva** (N=2): “*Acho também que somos nós mulheres que aguentamos com as chatices todas de prosseguir, sinceramente acho. Mãe é mãe, é sobre os nossos ombros que as coisas recaem.*” (Patrícia, 57, IVG), como também o **comprometimento dos projetos pessoais e profissionais** (N=2): “*Sei lá, tinha 22 anos, ter um filho naquela altura não estava de todo nos meus planos*” (Bárbara, 27, IVG). Este último fator é sustentado pelos estudos de Rivera (1998) e Gesteira, Barbosa e Endo (2006), que revelam a influência dos objetivos profissionais e do projeto de vida na decisão de interromper a gravidez.

Também fatores do **contexto relacional** perspectivam-se influenciadores na decisão de interromper a gravidez de 4 participantes, como o facto de a **relação** com o companheiro ser **instável** (N=4), existir **falta de compromisso** na relação com o parceiro (N=3) e este ser **contra a gravidez** (N=3). Destacam-se também os **fatores económicos** (N=3): *“Na altura já estava a viver sozinha, o meu pai já tinha saído de casa, por isso não tinha condições financeiras para ter aquele filho.”* (Rosário, 24, IVG). Este resultado encontra-se em concordância com a literatura, uma vez que os fatores económicos são muitas vezes referidos pelas mulheres que recorrem à IVG (APF, 2006; Costa, Hardy, Osis & Faúndes, 1995; Gesteira, Barbosa & Endo, 2006; Guedes, Gameiro & Canavarro, 2010; Rivera, 1998; Rodrigues, Faria & Ribeiro, 2014).

Por último, os **fatores sociais** parecem ter tido influência apenas numa participante, especificamente da **pressão social**: *“Portanto, acho que nem foram tanto as minhas decisões que pesaram mais, mas sim as decisões dos outros, neste caso do meu pai e do meu namorado da altura.”* (Rosário, 24, interrompeu). De facto, como mencionado anteriormente, na literatura encontramos um grande peso do fator **pressão social** na tomada de decisão (APF, 2006; Miller, 1992; Smetana e Adler, 1979). No entanto, este resultado parece contrastar com a **pressão social** referida anteriormente pela participante que prosseguiu. Enquanto que anteriormente parecia que a participante encontrava-se pressionada para ser mãe, neste caso específico a participante parece sentir-se pressionada pelo companheiro e pelo seu pai a interromper a gravidez.

3.3.3. Fatores que estão na base da decisão das mulheres que ponderaram as duas opções (prosseguir e interromper) e prosseguiram com a gravidez

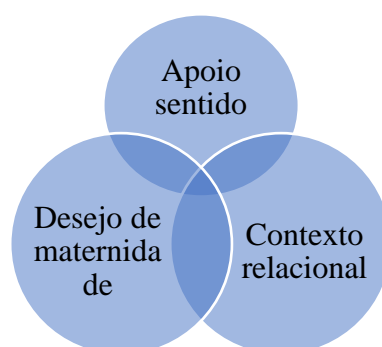


Figura 7 – Principais fatores que parecem estar na base da decisão das mulheres que, tendo ponderado as duas opções, prosseguiram com a gravidez

Segundo os dados apresentados na *figura 7* e na *quadro 4* (ver anexo F) , podemos constatar que em todas as **mulheres que ponderaram as duas opções e prosseguiram** (N=3) o **desejo de maternidade** (N=3), o **apoio sentido** (N=3) e o **contexto relacional** (N=3) parecem estar na base da sua decisão.

3.3.4. Fatores que estão na base da decisão das mulheres que ponderaram as duas opções (prosseguir e interromper) e interromperam a gravidez

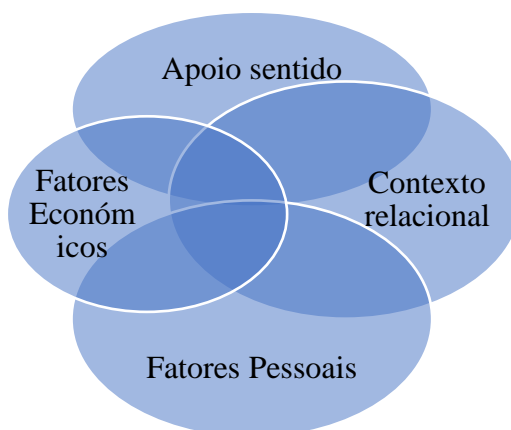


Figura 8 – Principais fatores que parecem estar na base da decisão das mulheres que, tendo ponderado as duas opções, interromperam a gravidez

Tendo em conta a *figura 8* e ao *quadro 5* (anexo F), os principais fatores que parecem ter influenciado a decisão de as **mulheres que ponderaram as duas opções e que interromperam a gravidez** (N=3) dizem respeito ao **apoio** (N=3), ao **contexto relacional** (N=3), aos **fatores pessoais** (N=3) e aos **fatores económicos** (N=2).

3.3.5. Fatores que estão na base da decisão das mulheres que só ponderaram interromper a gravidez

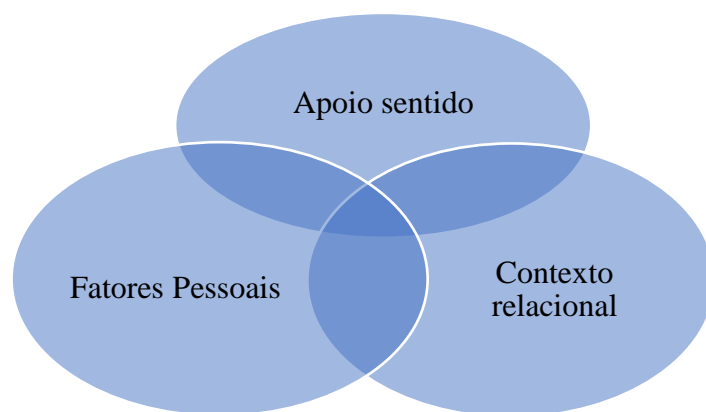


Figura 9 – Principais fatores que parecem estar na base da decisão das mulheres que só ponderaram interromper a gravidez

Segundo a *figura 9* e ao *quadro 5* (anexo F) , os principais fatores que parecem ter influenciado a decisão de as **mulheres que só ponderaram interromper a gravidez (N=3)** referem-se **aos fatores pessoais (N=3)**, **ao apoio (N=3)**, ao **contexto relacional (N=3)** e aos **fatores pessoais (N=3)**.

3.3.5. Fatores que estão na base da decisão das mulheres que só ponderaram prosseguir com a gravidez

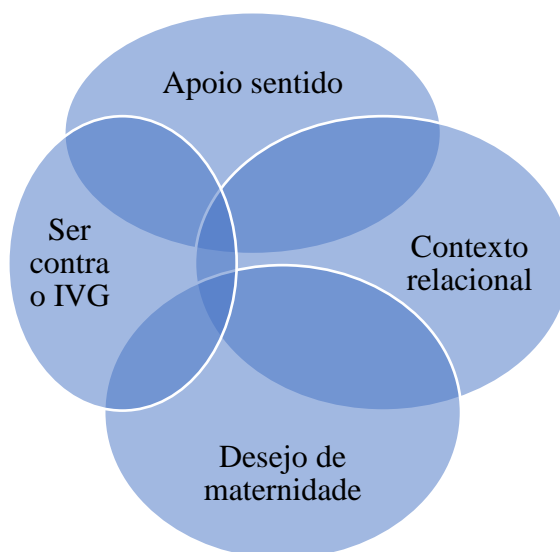


Figura 10 – Principais fatores que parecem estar na base da decisão das mulheres que só ponderaram prosseguir com a gravidez

Como se pode constatar na *figura 10* e ao *quadro 6* (ver anexo F), os principais fatores que parecem ter influenciado a decisão de as **mulheres que só ponderaram prosseguir com a gravidez (N=5)** referem-se ao **desejo de maternidade (N=5)**, ao **contexto relacional (N=5)**, ao **apoio (N=3)** e ao facto de as participantes serem **contra o IVG (N=3)**.

3.4. Comparação dos fatores que estão na base da decisão das mulheres que prosseguiram a gravidez e das mulheres que a interromperam

De uma maneira geral, e de acordo com os dados, as principais diferenças encontradas entre os fatores que parecem estar na base da decisão de prosseguir e de interromper a gravidez inesperada prendem-se com os **fatores pessoais**- desejo de maternidade, crenças -, com o **contexto relacional** e com o **apoio sentido** durante a tomada de decisão.

Nas mulheres que prosseguem a gravidez, o facto de se sentirem apoiadas, de a gravidez ser aceite pelo companheiro, de a relação ser estável e de sentirem desejo de maternidade parece influenciar a decisão de prosseguir. Por outro lado, nas mulheres que interrompem a gravidez, o facto de sentirem falta de apoio, de o companheiro rejeitar a gravidez e de a relação ser instável, parece influenciar a decisão de a interromper.

3.5. Comparação dos fatores que estão na base da decisão das mulheres que, apesar de terem ponderado as duas opções, prosseguiram a gravidez e das mulheres que, tendo também ponderado as duas opções, a interromperam

De acordo com os dados, as principais diferenças encontradas entre os dos fatores que parecem influenciar a decisão das mulheres que, apesar de terem ponderado as duas opções, prosseguiram a gravidez e das mulheres que, tendo também ponderado as duas opções, a interromperam, referem-se também ao **contexto relacional**, ao **desejo de maternidade** e ao **apoio sentido** durante todo o processo.

3.6. Conceitos “Gravidez Planeada”, “Gravidez Desejada” e “Gravidez Inesperada”

As percepções das participantes acerca dos conceitos “gravidez planeada”, “gravidez desejada” e “gravidez inesperada” estão expostas resumidamente na *figura 11* no *quadro 7* (anexo F).

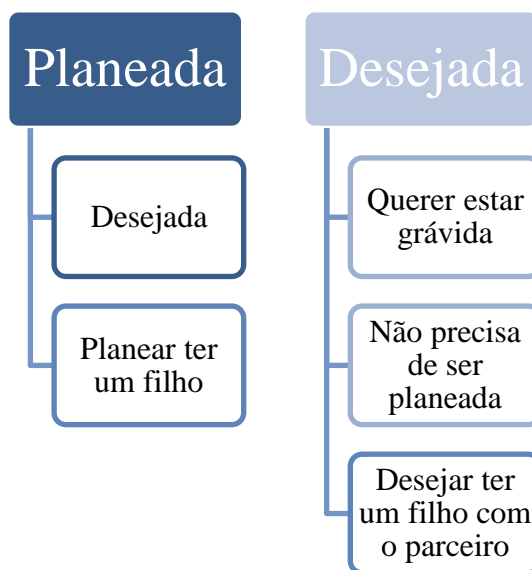


Figura 11 – Percepções das participantes acerca dos conceitos “gravidez planeada”, “gravidez desejada” e “gravidez inesperada”

Começando pelas percepções acerca do conceito “**gravidez planeada**”, para 7 participantes, numa gravidez planeada está subjacente o desejo daquela gravidez, ou seja se uma mulher ou se um casal planeia uma gravidez, é porque **deseja ter filhos naquela altura**: “*Eu acho que se a gravidez for planeada obrigatoriamente tem de ser desejada pelos dois*” (Zélia, 46, PRO); “*Bem acho que uma gravidez planeada está subjacente que seja desejada.*” (Bárbara, 27, IVG). Assim, podemos constatar que para este grupo de participantes os conceitos “**gravidez planeada**” e “**gravidez desejada**” parecem estar relacionados, uma vez que se a mulher planeia a gravidez é porque a deseja naquela altura. Por outro lado, para 4 participantes o contrário já não se verifica, isto é, para a gravidez ser desejada não tem obrigatoriamente de existir um planeamento da mesma: “*Se bem que eu acho que uma gravidez desejada não pressupõe, ao contrário, já inversamente, não pressupõe que seja planeada.*” (Bárbara, 27, IVG); “*Quando engravidei não era*

planeado mas não era por isso que não era desejado.” (Rosário, 24, IVG). Para 7 participantes uma gravidez é planeada quando **o casal conversa** e, em conjunto, **decide começar a tentar ter filhos**, como menciona uma participante: *“Para mim é quando o casal, antes de ter a relação sexual, começam por falar um ou outro e perguntam se o outro quer ter filhos e, se acham que sim, começam a tentar.”* (Carla, 20, PRO). Estes resultados são sustentados pelo estudo de Barret e Willings (2002), que concluiu que uma gravidez planeada diz respeito à intenção clara de engravidar, à não utilização de contraceção, ao acordo com o companheiro sobre a decisão de engravidar e à preparação da sua vida/estilo de vida para receber o bebé. Também a ideia de que uma gravidez pode ser desejada, apesar de ser inesperada ou não planeada, está presente no mesmo estudo.

Relativamente às perceções das participantes em relação ao conceito **“gravidez desejada”**, 4 revelaram que este estava relacionado com o facto de a mulher querer ficar grávida: *“É quando se deseja muito ser mãe e ter um filho.”* (Jéssica, 19, PRO). Por outro lado, 3 participantes relacionaram a gravidez desejada com o facto de a mulher **querer ter filhos com o companheiro**: *“Ele queria ter um filho comigo. E era o que eu mais queria ter com ele. Afinal, já estávamos juntos desde crianças, eu tinha 18 anos quando o conheci.”* (Laura, 41, IVG).

Concluindo, **gravidez desejada** e **gravidez planeada** parecem estar intimamente relacionados, uma vez que parecem defender que se uma gravidez é planeada, é porque é desejada *a priori*, referindo também que o contrário já não sucede. Isto é, para uma gravidez ser considerada desejada não tem necessariamente que ter sido planeada.

4. Conclusões

Através deste estudo exploratório pretendia-se contribuir para a investigação que aponta na direção de uma compreensão alargada, complexa e contextualizada dos fatores que influenciam a decisão de prosseguir ou de interromper a gravidez inesperada, através da narrativa apresentada por cada participante entrevistada.

Através da análise de dados foi possível constatar que nenhum fator de forma independente, pareceu influenciar a decisão das mulheres. Assim, concluiu-se, que esta deriva da relação entre vários fatores.

A nível geral, o apoio sentido, o contexto relacional e o desejo de maternidade parecem ser os fatores principais que mais contribuem na tomada de decisão perante uma gravidez inesperada.

Especificamente, os fatores que parecem influenciar a decisão da mulher prosseguir com a gravidez dizem respeito ao apoio sentido, quer da família quer do companheiro; à existência, *a priori*, de um plano de parentalidade; à aceitação da gravidez por parte do parceiro e ao desejo de maternidade existente.

Por outro lado, a falta de apoio; o apoio sentido na decisão de interrupção; a relação com o companheiro ser instável; este não aceitar a gravidez e, ainda, os fatores económicos são perspetivados como influenciadores na decisão de interromper a gravidez.

Relativamente aos conceitos “gravidez planeada” e “gravidez desejada”, numa gravidez planeada está subjacente o facto de ser desejada, contudo o contrário já não se verifica, para uma gravidez ser desejada não tem necessariamente de ser planeada.

Pode também concluir-se que, entre os dois grupos, – mulheres que prosseguiram e mulheres que interromperam – foram encontradas diferenças nos fatores que aparentam estar na base da decisão de prosseguir ou interromper a gravidez inesperada. Especificamente destacam-se as diferenças no apoio percebido, no contexto relacional e nos fatores pessoais (desejo de maternidade e crenças). As principais diferenças encontradas entre os fatores que parecem influenciar a decisão das mulheres que, apesar de terem ponderado as duas opções, prosseguiram ou interromperam a gravidez, referem-se também ao contexto relacional, aos fatores pessoais (desejo de maternidade e crenças), ao apoio sentido durante todo o processo e ainda aos fatores económicos.

Deste modo, considera-se que a presente investigação pode ter contribuído para deixar algumas pistas que ajudem na compreensão mais alargada do processo de tomada de decisão da mulher portuguesa de prosseguir ou interromper a gravidez inesperada, respondendo à necessidade da investigação numa área ainda pouco explorada.

Limitações do estudo

Primeiramente, os participantes não foram escolhidos de forma aleatória, sendo que a amostragem foi selecionada por conveniência. Consequentemente torna-se difícil generalizar as conclusões deste estudo, visto que as amostras utilizadas não são representativas da população (Vanderstoep & Johnson, 2009).

Outra limitação do estudo prende-se com a desigualdade número de participantes de cada amostra, o que dificultou a comparação dos dados e consequentemente a generalização dos mesmos.

Também por se tratar de uma amostra muito heterogénea, composta por mulheres com experiências muito distintas umas das outras contribui para a dificuldade da generalização dos dados. Este aspeto é também comprometido pelo reduzido tamanho da amostragem, sendo que este serve somente o propósito de um estudo qualitativo exploratório. Ainda relativamente à amostra é importante referir que a mesma representa especificamente mulheres que tinham um companheiro à data da gravidez. Sendo assim, para outras mulheres – sem plano de conjugalidade ou sem um companheiro efetivos – a tomada de decisão estará possivelmente muito mais dependente do apoio percebido da família e do desejo individual. No entanto, a realização de estudos desta natureza, considera-se fundamental por contribuir para o avanço e inovação da investigação nesta área científica, abrindo horizontes e levantando algumas questões pertinentes que poderão ser alvo de futuras investigações.

As limitações referidas anteriormente, apesar de importantes, não desvalorizam a contribuição científica deste estudo qualitativo exploratório, reforçando a relevância de conhecer a realidade das pessoas que experienciam a temática estudada.

Implicações para a investigação e para a prática

Por último, a presente investigação faz-nos refletir acerca de algumas questões relacionadas com os fatores que influenciam a decisão de interromper e de prosseguir a gravidez inesperada.

Primeiramente torna-se fundamental dar continuidade ao estudo dos fatores influenciadores da decisão de acordo com uma perspetiva sistémica, enquadrado no contexto em que a gravidez surge e se insere, de forma a conseguir preparar a mulher para uma tomada de decisão mais adaptativa.

Ao verificar que em algumas mulheres a gravidez parece ter sido interrompida pelo facto de o companheiro não aceitar a mesma, torna-se relevante aprofundar as razões que estão na base deste fenómeno, no sentido de complementar a investigação nesta área.

Para além deste aspeto, seria importante perceber, aquando da procura da consulta prévia de IVG, os fatores que podem levar a mulher a ponderar a opção de interromper, no sentido de oferecer ferramentas que contribuam para uma reflexão mais adequada e apoiada em relação à tomada de decisão.

Referências Bibliográficas

- Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F., & Wyatt, G. E. (1992). Psychological factors in abortion: A review. *American Psychologist*, 47(10), 1194.
- Alarcão, M. (2006). *(Des) Equilíbrios familiares: uma revisão sistémica*. Coimbra: Quarteto.
- Associação para o Planeamento da Família (2006). A condição da mulher no pós-referendo. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 42(43), 8-36.
- Barrett, G., & Wellings, K. (2002). What is a 'planned' pregnancy? Empirical data from a British study. *Social science & medicine*, 55(4), 545-557.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Brazelton, T. (1992). Gravidez: o nascimento da vinculação. In Brazelton, T. (1992). *Tornar-se família: o crescimento da vinculação antes e depois do nascimento* (pp. 15-60). Lisboa: Terramar.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design. *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Development Psychology*, 22 (6), 723-742.
- Belsky, J. (1999). Interactional and contextual determinants of attachment security. In J. Cassidy, & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical implications* (pp. 249-264). New York: Guilford Press.
- Biscaia, J. & Sá, E. (2004). A gravidez no pensamento das mães. In E. Sá, (Ed.), *A Maternidade e o bebé*. (2ª ed.). Lisboa: Fim de Século.
- Canavarro, M. C. S. (Ed.). (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Coleman, A. & Colman, L. (1994). *Gravidez: A Experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Coleman, P. K., Reardon, D. C., Rue, V. M., & Cogle, J. (2002). A history of induced abortion in relation to substance use during subsequent pregnancies carried to term. *American journal of obstetrics and gynecology*, 187(6), 1673-1678.
- Coleman, P. K., Reardon, D. C., Strahan, T., & Cogle, J. R. (2005). The psychology of abortion: A review and suggestions for future research. *Psychology & health*, 20(2), 237-271.

- Cosme, M. J. M., & Leal, I. P. (1998). Interrupção voluntária da gravidez e distúrbio pós-traumático de stress. *Análise Psicológica*, 16(3), 447-462.
- Costa, R. G., Hardy, E., Osis, M. J. D., & Faúndes, A. (1995). A decisão de abortar: processo e sentimentos envolvidos. *Cad Saúde Pública*, 11(1), 97-105.
- Cogle, J. R., Reardon, D. C., & Coleman, P. K. (2003). Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort. *Medical Science Monitor*, 9(4), CR105-CR112.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.
- Daly, K. J. (2007). *Qualitative methods for family studies and human development*. Sage.
- Direcção Geral de Saúde. (2014). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez – dados de 2014 - edição revista em 2016* [On-line]. Recuperado de <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/interruptao-da-gravidez/relatorio-de-registos-de-interruptao-da-gravidez-2014-janeiro-a-dezembro-de-2014.aspx>
- Direcção Geral de Saúde. (2016). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez – dados de 2015* [On-line]. Recuperado de <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/interruptao-da-gravidez/relatorio-de-registos-de-interruptao-da-gravidez-2015-janeiro-a-dezembro-de-2015-.aspx>
- Dollar, D. G. (1997). The Experience of Abortion: A Bibliographic Essay. *Psychology in Society*, 22, 47-59.
- Gesteira, S. M. A., Barbosa, V. L., & Endo, P. C. (2006). O luto no processo de aborto provocado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(4).
- Guedes, M., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2010). Experiências relacionais precoces, vulnerabilidade ao stress, estratégias de coping e adaptação à decisão e experiência de interrupção voluntária da gravidez. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11(2), 199-217.
- Eisen, M., & Zellman, G. L. (1984). Factors predicting pregnancy resolution decision satisfaction of unmarried adolescents. *Journal of Genetic Psychology*, 145, 231–239.
- Ekstrand, M., Tydén, T., Darj, E., & Larsson, M. (2009). An illusion of power: Qualitative perspectives on abortion decision-making among teenage women in Sweden. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 41(3), 173-180.
- Fergusson, D. M., John Horwood, L., & Ridder, E. M. (2006). Abortion in young women and subsequent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 16-24.
- Ferreira, P. M. C. D. (2011). “Um olhar para além do ventre materno.” *Crenças, comportamentos e estratégias das primigestas na gravidez* (Tese de Mestrado em

Ciências de Enfermagem não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica* (1ª ed). Lisboa: Monitor.
- Fonseca, A. P; Magão, M. T. (2007). Ser mãe de recém-nascido prematuro: vivência do processo de transição para a maternidade. In I. Camarro; L. Fradique; M. G. Carneiro; M. M. Guedes & T. Rebelo. *Aprendendo o cuidado de enfermagem: entre a prática e a escrita a construção da competência clínica*. (pp. 73-90). Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications
- Justo, J. M. (1990). Gravidez e mecanismos de defesa: Um estudo introdutório. *Análise Psicológica*, 8, 371-376.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. *The handbook of behavioral medicine*, 282-325.
- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Leal, I. P. (1992). Psicologia da maternidade: Alguns aspectos da teoria e prática de intervenção. *Análise Psicológica*, 10, 229-234.
- Lederman, R. P. (1996). *Psychosocial adaptation in pregnancy: Assessment of seven dimensions of maternal development*. Springer Publishing Co.
- Lee, E., & Gilchrist, A. (1997). Abortion psychological sequelae: the debate and the research. Pro-Choice Forum.
- Lewis, W. J. (1997). Factors associated with post-abortion adjustment problems: implications for triage. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 6(1), 9.
- Levy-Shiff, R. (1994). Individual and contextual correlates of marital change across the transition to parenthood. *Developmental psychology*, 30(4), 591.
- Machado, I. C. H. P. (2012). *Saúde sexual e reprodutiva e saúde mental: follow-up 1 ano após a realização de uma interrupção voluntária da gravidez* (Tese de Mestrado, Universidade Católica do Porto). Recuperado de <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/18328>
- Major, B., Cozzarelli, C., Sciacchitano, A. M., Cooper, M. L., Testa, M., & Mueller, P. M. (1990). Perceived social support, self-efficacy, and adjustment to abortion. *Journal of personality and social psychology*, 59(3), 452.
- Major, B. & Cozzarelli, C. (1992). Psychological predictors of adjustment to abortion. *Journal of Social Issues*, 48, 121-142.

- Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., & West, C. (2009). Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *American Psychologist*, 64(9), 863.
- Marks, D., & Yardley, L. (2004). *Research methods for clinical and health psychology*. London: SAGE.
- Martins, C. A. (2013). *A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem* (Tese de mestrado em enfermagem não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28.
- Milbradt, V. (2008). Afetividade e gravidez indesejada, os caminhos de vínculo mãe-filho. *Revista Pensamento Biocêntrico*, 9, 111-133.
- Miller, W. B. (1992). An Empirical Study of the Psychological Antecedents and Consequences. *Journal of Social Issues*, 48(3), 67-93.
- Moreira, T. M. M., Viana, D. D. S., Queiroz, M. V. O., & Jorge, M. S. B. (2008). Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. *Rev Esc Enferm USP*, 42(2), 312-20.
- Noya, A., & Leal, I. P. (1998). Interrupção voluntária da gravidez: Que respostas emocionais? Que discurso psicológico?. *Análise psicológica*, 16(3), 431-439.
- Osofsky, J. D., & Osofsky, H. J. (1972). The psychological reaction of patients to legalized abortion. *American Journal of Orthopsychiatry*, 42, 48-60.
- Paiva, S. S., Galvão, M. T. G., Pagliuca, L. M. F., & Almeida, P. C. (2010). Comunicação não-verbal mãe/filho na vigência do HIV materno em ambiente experimental. *Rev Latino-am Enfermagem*, 18(1), 41-7.
- Patrão, I., King, G., & Almeida, M. (2012). Interrupção Voluntária da Gravidez: Intervenção psicológica nas consultas prévia e de controlo. *Análise Psicológica*, 26(2), 349-354.
- Pereira, M., & Canavarro, M. C. (2012). Vulnerabilidade de género e outras dimensões de influência na adaptação ao VIH/SIDA e à gravidez e maternidade. *Análise Psicológica*, 25(3), 503-515.
- Pereira, J., Pires, R., & Canavarro, M. C. (2013). Interrupção voluntária da gravidez: Ajustamento psicológico numa amostra de jovens portuguesas. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 14(2), 329-338.

- Pereira, M. G., Santos, A. C. & Ramalho, V. (1990). Adaptação à gravidez: um estudo biopsicossocial. *Análise Psicológica*, 4 (8), Notas de Investigação.
- Pordata (2017). Interrupções voluntárias da gravidez nos estabelecimentos de saúde. [Online]. Recuperado de <https://www.pordata.pt/Portugal/Interrup%C3%A7%C3%B5es+volunt%C3%A1rias+da+gravidez+nos+estabelecimentos+de+sa%C3%BAde-1511>
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais* (4ª ed.). Lisboa, Gradiva.
- Reardon, D. C., & Ney, P. G. (2000). Abortion and subsequent substance abuse. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 26(1), 61-75.
- Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. (3a ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Rivera, M. J. (1998). Abortion issues in Psychotherapy. In L. J. Beckman, & S. M. Harvey (Eds.), *The civil war: The psychology, culture, and politics of abortion* (pp. 329-352). Washington: APA.
- Robinson, G. E., Stotland, N. L., Russo, N. F., Lang, J. A., & Occhiogrosso, M. (2008). Is there an "abortion trauma syndrome"? Critiquing the evidence. *Harvard review of psychiatry*, 17(4), 268-290.
- Rodrigues, E. L., de Faria, J. T., & Ribeiro, M. T. (2014). Gravidezes inesperadas que se tornam desejadas. *Hospitalidade*, 12 - 21.
- Santelli, J., Rochat, R., Hatfield-Timajchy, K., Gilbert, B. C., Curtis, K., Cabral, R., ... & Schieve, L. (2003). *The measurement and meaning of unintended pregnancy. Perspectives on sexual and reproductive health*, 35(2), 94-101.
- Santos, A. F. B. S. C. (2008). *Desejo de Maternidade* (Tese de Mestrado em Psicologia Clínica não publicada: especialidade em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade). Instituto Superior de Psicologia Aplicada: Lisboa, Portugal.
- Serenó, S., Leal, I. P., & Maroco, J. (2009). Construção e validação de um questionário de valores e crenças sobre sexualidade, maternidade e aborto. *Psicologia, saúde & doenças*, 193-204.
- Serenó, S., Leal, I. P., & Maroco, J. (2012). Interrupção voluntária da gravidez: Ajustamento psicológico no processo de decisão. *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Sociedade*, 1, 65-81.
- Shusterman, L. R. (1979). Predicting the psychological consequences of abortion. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 13, 683-689.
- Smetana, J. G., & Adler, N. E. (1979). Decision-making regarding abortion: A value x expectancy analysis [Abstract]. *Journal of Population*, 2 (4), 338.

- Silva, S. M. A. D. (2012). *Vinculação materna durante e após a gravidez* (Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde não publicada). Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Söderberg, H., Janzon, L. & Sjöberg, N. (1998). Emotional distress following induced abortion: A study of its incidence and determinants among abortees in Malmö, Sweden. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 79 (2), 173-178.
- Speckhard, A. C., & Rue, V. M. (1992). Postabortion syndrome: An emerging public health concern. *Journal of Social Issues*, 48(3), 95-119.
- Stotland, N. L. (2001). Psychiatric aspects of induced abortion. *Archives of Women's Mental Health*, 4(1), 27-31.
- Tachibana, M., Santos, L. P., & Duarte, C. A. M. (2006). O conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada. *Psychê*, 10(19), 149-167.
- World Health Organization. (2005). *The World Health Report 2005: Make every mother and child count* [On-line]. Recuperado de http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf?ua=1

ANEXOS

Consentimento Informado

Declaro que tenho conhecimento do estudo a decorrer na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa com o objetivo de compreender os fatores que influenciam a decisão de prosseguir ou não com uma gravidez inesperada. O estudo está inserido na dissertação de mestrado das estudantes Beatriz Ribeiro Gorjão e Margarida Abegoaria Does dos Santos Nery, com a orientação da Professora Doutora Maria Teresa Meireles Lima da Silveira Rodrigues Ribeiro.

Ao concordar participar, aceito ser entrevistada pelas estudantes/investigadoras, onde serão abordados temas relacionados com a gravidez inesperada. A entrevista tem a duração média entre 1 hora e 30 minutos a 2 horas e será gravada em áudio. Ninguém, com exceção das investigadoras, terá acesso à gravação. A entrevista será confidencial e apenas as investigadoras terão acesso ao meu nome verdadeiro e à entrevista. Tenho o direito de responder apenas às perguntas que quiser, compreendo que posso não ganhar nada diretamente com a minha participação neste estudo, contudo, esta será útil para outras pessoas, no futuro. No final do estudo poderei ter acesso aos resultados do mesmo, solicitando-o às investigadoras, ou deixando o meu contato neste documento.

Aceito participar neste estudo e ser entrevistada no dia ____, pelas _____ horas. Se, em algum momento, decidir que não quero participar, posso desistir sem ter de explicar as razões, sem quaisquer consequências negativas para mim.

Assinatura: _____

Dada: ____/____/____

Contato: _____@_____._____

Muito Obrigada pela sua Colaboração

Caso o participante seja menor de idade:

Assinatura dos Responsáveis Legais: _____

Data: ____/____/____

Contato: _____@_____._____

A Equipa:

Beatriz Ribeiro Gorjão

Estudante/Investigadora

Margarida Abegoaria Dores dos Santos Nery

Estudante Investigadora

ANEXO B – Guião da entrevista das mulheres que estavam grávidas ou que tinham tido o filho recentemente (anexo B), outro para as mulheres que tinham tido o filho há mais de 6 anos (anexo C) e outro para as mulheres que tinham interrompido a gravidez (anexo D).

Blocos Temáticos	Objectivos Gerais	Objectivos Específicos	Memória
I. Informação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pedir permissão para a gravação áudio da entrevista 2. Apresentação 3. Explicar objectivos da entrevista 4. Aspectos deontológicos 	<ol style="list-style-type: none"> 2.1. Apresentação da(s) entrevistadora(s) 2.2. Apresentação da grávida/ mãe 3.1. Fornecer informação sobre: objectivos, finalidade, duração e conteúdo da entrevista 4.1. Agradecer a sua colaboração 4.2. Garantir a confidencialidade e o anonimato 4.3. Informar sobre o direito à não resposta 4.4. Assegurar o esclarecimento de eventuais dúvidas da grávida/mãe 	
II.Ser mãe	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perceber a perspetiva que tem da maternidade e do que é ser mãe 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1. Para si o que é ser mãe? O que significa? 	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adquirir dados sobre a mãe/grávida e sobre o bebé 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1. Datas de nascimento (mãe e bebé) 1.2. Está grávida de quanto tempo? Qual a idade do seu bebé? 	Só para as grávidas

III.	Dados sócio-demográficos	2. Adquirir dados sobre a escolaridade e profissão	1.3. Nº de Filhos 1.4. Religião: tem? Pratica? 2.1. Nível de escolaridade 2.2. Atividade profissional	Se está desempregada ou deixou de estudar, questionar se está à procura de emprego ou se voltará a estudar
IV.	Relação com o Pai da criança	1. Recolher informações sobre o pai da criança	1.1. Perceber como conheceu o pai da criança 1.2. Perceber que relação tem com o pai da criança. 1.3. Perceber se já tinham falado em ter um filho 1.4. Perceber como está a relação atual com o pai da criança 1.5. Questionar acerca do agregado familiar do pai da criança 1.6. Perceber se recebe apoio do pai da criança 1.7. Perceber o estilo de vida do pai	Namoro? Só estiveram umas vezes juntos? ... Perceber se têm um projeto conjugal Ausente/presente! Quer saber da gravidez/bebé? Falam frequentemente? Visitas.... Financeiramente e na educação Consume? Bebe?

V. Gravidez	1. Saber como decorreu a descoberta da gravidez	1.1. Questionar como descobriu que estava grávida 1.2. Questionar acerca da sua reação após a descoberta 1.3. O que é para si uma gravidez planeada/desejada? 1.4. Perceber se a gravidez foi planeada ou não 1.4.1. Se sim perceber os motivos para engravidar 1.4.2. Perceber como é o uso dos contraceptivos e o que acha da eficácia de cada um? 1.5. Saber como o pai da criança reagiu 1.6. Saber como a sua família, a família do pai da criança e os amigos reagiram	Exploração dos conceitos Utilização de contraceptivos?
VI. Processo de decisão	1. Perguntar como se sentiu nesta fase 2. Recolher informações acerca do processo de decisão	1.1. O que lhe passou pela cabeça? Como se sentiu? 2.1. Com quem falou sobre o assunto? 2.2. Que tipo de conselhos lhe deram? Quem os deu? 2.3. Deslocou-se a algum sítio? 2.4. Quais foram as hipóteses que ponderou na altura? 2.5. Que razões a levaram a pensar num cenário ou no outro?	Falou com alguém ligado à saúde? Centro de saúde, Psicólogo, hospital

		2.6. Quais foram os momentos importantes para a sua tomada de decisão? 2.7. Que fatores tiveram mais peso na sua decisão final?	
II. Decisão de prosseguir ou interromper a gravidez	1. Recolher informações acerca das atitudes face à decisão 2. Recolher informações sobre o apoio sentido pelos outros perante a decisão 3. Impacto da decisão	1.1. Como reagiu o pai do bebé? 1.2. Como reagiu a família de cada um? 2.1. Sentiu que teve apoio na decisão? 2.2. Quem a apoiou e de que forma? 3.1. Perceber as influências que essa decisão teve na sua vida atual. 3.2. Se fosse hoje como decidiria? Porquê?	Aceitaram? Afastaram-se? Perceber se voltava atrás na sua decisão
III. Vida actual	1. Perceber como está a ser a sua vida atual	1.1. Como está a ser a gravidez/maternidade 1.2. Satisfação com a vida	Usar a ESCALA!
	1. Obter informações acerca do apoio social e emocional que tem recebido	1.1. Questionar acerca da presença/ausência de família alargada e consequente apoio	

IX.	Apoio social actual	2. Questionar acerca da aceitação por parte da comunidade	1.2. Questionar acerca da presença/ausência de amigos próximos e consequente apoio 2.1. Questionar acerca do feedback que têm recebido por terem sido mães/estarem grávidas	
X.	Planos futuros	1. Obter informação relativa a planos de futuro	1.1. Questionar a mãe/grávida acerca de planos a curto-prazo 1.2. Questionar a mãe/grávida acerca de planos a longo-prazo	Estudos? Emprego/Procura de trabalho? Sítio onde vive ou que quer viver, emprego, plano e projecto conjugal
XI.	Finalização	1. Fazer um agradecimento 2. Obter possíveis informações que não tenham sido abordadas	1.1. Agradecer a colaboração e disponibilidade 2.1. Há alguma questão que gostava que eu tivesse perguntado e que eu não perguntei? 2.2. Depois de tudo o que passou, o que aconselharia a uma mulher que estivesse numa situação inesperada? 2.3. Perguntar se existe alguma questão que queiram esclarecer	

ANEXO C – Guião da entrevista das mulheres que tinham tido o filho há mais de 6 anos

Blocos Temáticos	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Memória
I. Informação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pedir permissão para a gravação áudio da entrevista 2. Apresentação 3. Explicar objetivos da entrevista 4. Aspetos deontológicos 	<ol style="list-style-type: none"> 2.1. Apresentação da(s) entrevistadora(s) 2.2. Apresentação da grávida/ mãe 3.1. Fornecer informação sobre: objetivos, finalidade, duração e conteúdo da entrevista 4.1. Agradecer a sua colaboração 4.2. Garantir a confidencialidade e o anonimato 4.3. Informar sobre o direito à não resposta 4.4. Assegurar o esclarecimento de eventuais dúvidas da grávida/mãe 	
II.Ser mãe	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perceber a perspetiva que tem da maternidade e do que é ser mãe 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1. Para si o que é ser mãe? O que significa? 	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adquirir dados sobre a mãe/grávida e sobre o bebé 	<ol style="list-style-type: none"> 1.2. Datas de nascimento (mãe e bebé) 1.2. N° de filhos 1.5. Religião: tem? Pratica? 3.1. Nível de escolaridade 	

III.	Dados sociodemográficos	1. Adquirir dados sobre a escolaridade e profissão	3.2. Atividade profissional	
IV.	Relação com o Pai da criança	1. Recolher informações sobre o pai da criança	<p>1.8. Perceber como conheceu o pai da criança</p> <p>1.9. Perceber que relação tem com o pai da criança.</p> <p>1.10. Perceber se já tinham falado em ter um filho</p> <p>1.11. Perceber como está a relação atual com o pai da criança</p> <p>1.12. Perceber se recebeu e recebe apoio do pai da criança</p> <p>1.13. Perceber o estilo de vida do pai</p>	<p>Namoro? Só estiveram umas vezes juntos? Casados?</p> <p>Perceber se têm um projeto conjugal</p> <p>Ausente/presente!</p> <p>Consume? Bebe?</p>

V. Gravidez	1. Saber como decorreu a descoberta da gravidez	1.1. Questionar como descobriu que estava grávida 1.2. Questionar acerca da sua reação após a descoberta 1.3. O que é para si uma gravidez planeada/desejada? 1.4. Perceber se a gravidez foi planeada ou não 1.4.1. Se sim perceber os motivos para engravidar 1.4.2. Perceber como é o uso dos contraceptivos e o que acha da eficácia de cada um? 1.5. Saber como o pai da criança reagiu 1.6. Saber como a sua família, a família do pai da criança e os amigos reagiram	Exploração dos conceitos Utilização de contraceptivos?
VI. Processo de decisão	1. Perguntar como se sentiu nesta fase 2. Recolher informações acerca do processo de decisão	1.2. O que lhe passou pela cabeça? Como se sentiu? 2.1. Com quem falou sobre o assunto? 2.2. Que tipo de conselhos lhe deram? Quem os deu? 2.3. Deslocou-se a algum sítio? 2.4. Quais foram as hipóteses que ponderou na altura? 2.5. Que razões a levaram a pensar num cenário ou no outro?	Falou com alguém ligado à saúde? Centro de saúde, Psicólogo, hospital

		2.6. Quais foram os momentos importantes para a sua tomada de decisão? 2.7. Que fatores tiveram mais peso na sua decisão final?	
VII. Decisão de prosseguir ou interromper a gravidez	1. Recolher informações acerca das atitudes face à decisão 2. Recolher informações sobre o apoio sentido pelos outros perante a decisão 3. Impacto da decisão	1.1. Como reagiu o pai do bebé? 1.2. Como reagiu a família de cada um? 2.1. Sentiu que teve apoio na decisão? 2.2. Quem a apoiou e de que forma? 3.1. Perceber as influências que essa decisão teve na sua vida atual. 3.2. Se fosse hoje como decidiria? Porquê?	Aceitaram? Afastaram-se? Perceber se voltava atrás na sua decisão
III. Vida actual	1. Perceber como está a ser a sua vida atual	1.1. Como está a ser a gravidez/maternidade 1.2. Satisfação com a vida	Usar a ESCALA!
IX. Apoio social actual	1. Obter informações acerca do apoio social e emocional que tem recebido	1.3. Questionar acerca da presença/ausência de família alargada e amigos e consequente apoio	
X. Finalização	1. Fazer um agradecimento	1.2. Agradecer a colaboração e disponibilidade	

	<p>2. Obter possíveis informações que não tenham sido abordadas</p>	<p>2.1. Há alguma questão que gostava que eu tivesse perguntado e que eu não perguntei?</p> <p>2.2. Depois de tudo o que passou, o que aconselharia a uma mulher que estivesse numa situação inesperada?</p> <p>2.3. Perguntar se existe alguma questão que queiram esclarecer</p>	
--	---	--	--

ANEXO D – Guião da entrevista realizada às mulheres que interromperam a gravidez

Blocos Temáticos	Objectivos Gerais	Objectivos Específicos	Memória
I. Informação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pedir permissão para a gravação áudio da entrevista 2. Apresentação 3. Explicar objectivos da entrevista 4. Aspectos deontológicos 	<ol style="list-style-type: none"> 2.1. Apresentação da(s) entrevistadora(s) 2.2. Apresentação da grávida/ mãe 3.1. Fornecer informação sobre: objectivos, finalidade, duração e conteúdo da entrevista 4.1. Agradecer a sua colaboração 4.2. Garantir a confidencialidade e o anonimato 4.3. Informar sobre o direito à não resposta 4.4. Assegurar o esclarecimento de eventuais dúvidas da grávida/mãe 	
II.Ser mãe	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perceber a perspetiva que tem da maternidade e do que é ser mãe 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1. Para si o que é ser mãe? O que significa? 	

<p>III. Dados sócio-demográficos</p>	<p>1. Adquirir dados sobre a mulher</p> <p>2. Adquirir dados sobre a escolaridade e profissão</p>	<p>1.3. Data de nascimento 1.2. Religião: tem? Pratica? 1.3. N° de filhos 1.4. N° de IVGs</p> <p>2.1.Nível de escolaridade 2.2.Atividade profissional</p>	<p>Se está desempregada ou deixou de estudar, questionar se está à procura de emprego ou se voltará a estudar</p>
---	---	---	---

<p>IV. Relação com o Pai da criança</p>	<p>1. Recolher informações sobre o pai da criança</p>	<p>1.14. Perceber como conheceu o pai da criança</p> <p>1.15. Perceber que relação tem com o pai da criança.</p> <p>1.16. Perceber se já tinham falado em ter um filho</p> <p>1.17. Perceber qual era o estilo de vida do pai</p>	<p>Namoro? Só estiveram umas vezes juntos? ...</p> <p>Perceber se têm um projeto conjugal</p> <p>Consume? Bebe?</p>
---	---	---	---

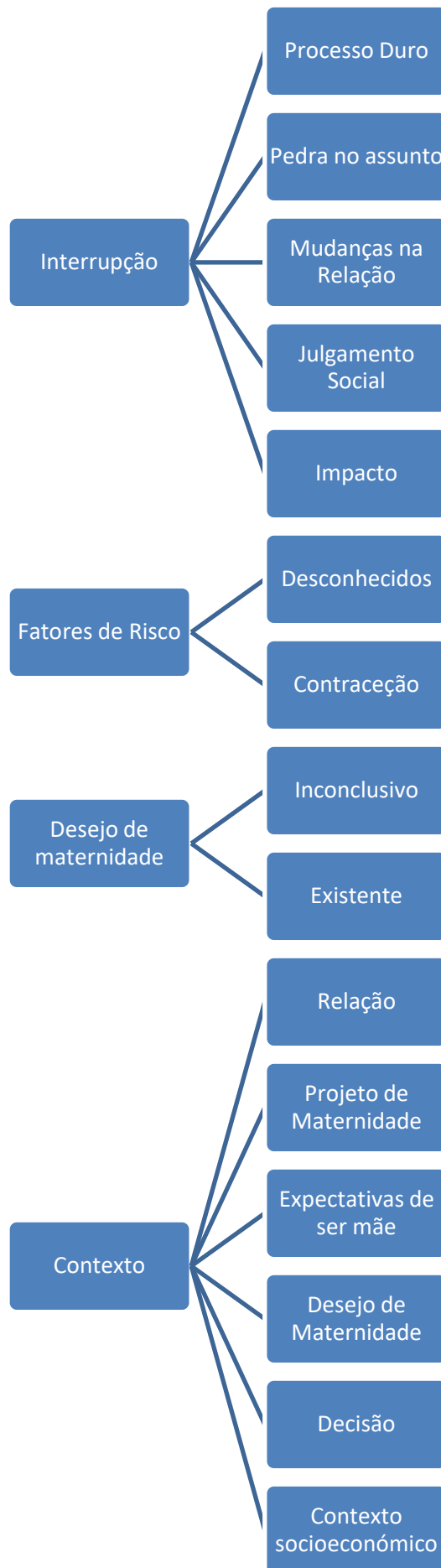
V. Gravidez	1. Saber como decorreu a descoberta da gravidez	1.1. Questionar como descobriu que estava grávida 1.2. Questionar acerca da sua reação após a descoberta 1.3. O que é para si uma gravidez planeada/desejada? 1.4. Perceber se a gravidez foi planeada ou não 1.4.1. Se sim perceber os motivos para engravidar 1.4.2. Perceber como é o uso dos contraceptivos e o que acha da eficácia de cada um? 1.5. Saber como o pai da criança reagiu 1.6. Saber como a sua família, a família do pai da criança e os amigos reagiram	Exploração dos conceitos Utilização de contraceptivos?
VI. Processo de decisão	1. Perguntar como se sentiu nesta fase 2. Recolher informações acerca do processo de decisão	1.3. O que lhe passou pela cabeça? Como se sentiu? 2.1. Com quem falou sobre o assunto? 2.2. Que tipo de conselhos lhe deram? Quem os deu? 2.3. Deslocou-se a algum sítio? 2.4. Quais foram as hipóteses que ponderou na altura? 2.5. Que razões a levaram a pensar num cenário ou no outro? 2.6. Quais foram os momentos importantes para a sua tomada de decisão?	Falou com alguém ligado à saúde? Centro de saúde, Psicólogo, hospital

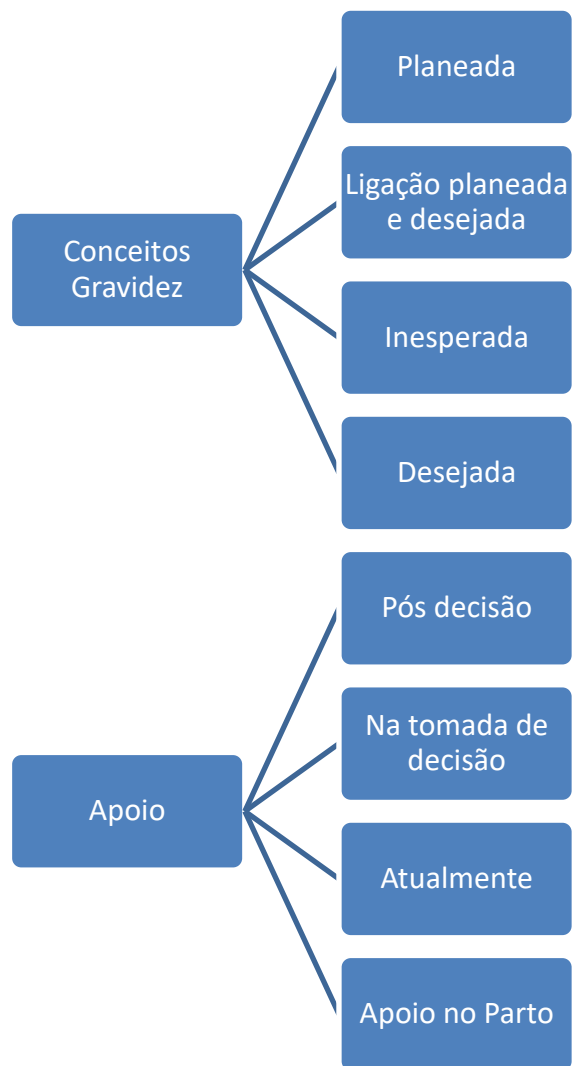
		2.7. Que fatores tiveram mais peso na sua decisão final?	
II. Decisão de prosseguir ou interromper a gravidez	1. Recolher informações acerca das atitudes face à decisão 2. Recolher informações sobre o apoio sentido pelos outros perante a decisão 3. Impacto da decisão	1.1. Como reagiu o pai do bebé? 1.2. Como reagiu a família de cada um? 2.1. Sentiu que teve apoio na decisão? 2.2. Quem a apoiou e de que forma? 3.1. Perceber as influências que essa decisão teve na sua vida atual. 3.2. Se fosse hoje como decidiria? Porquê?	Aceitaram? Afastaram-se? Perceber se voltava atrás na sua decisão
III. Vida actual	1. Perceber como está a ser a sua vida atual	1.1. Como está a ser a gravidez/maternidade 1.2. Satisfação com a vida	Usar a ESCALA!
IX. Apoio social actual	1. Obter informações acerca do apoio social e emocional que tem recebido	1.4. Questionar acerca da presença/ausência de família alargada e consequente apoio 1.5. Questionar acerca da presença/ausência de amigos próximos e consequente apoio	

X.	Finalização	<p>1. Fazer um agradecimento</p> <p>2. Obter possíveis informações que não tenham sido abordadas</p>	<p>1.3. Agradecer a colaboração e disponibilidade</p> <p>2.1. Há alguma questão que gostava que eu tivesse perguntado e que eu não perguntei?</p> <p>2.2. Depois de tudo o que passou, o que aconselharia a uma mulher que estivesse numa situação inesperada?</p> <p>2.3. Perguntar se existe alguma questão que queiram esclarecer</p>

ANEXO E – Árvore das categorias retiradas da análise de dados







ANEXO F – Resultados obtidos

Fatores de decisão	Nº de Pessoas	Nª de Referências
Pessoais	8	32
Desejo de maternidade	8	15
Ser contra a IVG	4	7
Crenças espirituais	3	5
Sentir-se capaz de ser mãe	2	3
Fuga à Situação Atual	1	1
Medo das consequências da IVG	1	1
Relacionais	8	25
Plano conjugal de parentalidade	8	13
Aceitação do companheiro	6	9
Familiar	2	2
Apoio	6	27
Sociais	1	1
Pressão social	1	3

Quadro 1 – Fatores que estão na base da decisão das mulheres que prosseguiram com a gravidez

Fatores de Decisão	Nº de Pessoas	Nº de Referências
Apoio	5	16
Falta de Apoio	4	6
Apoio na interrupção	3	5
Pessoais	5	21
Comprometimento dos projetos pessoais e profissionais	2	3
Crenças	2	4
Responsabilidade materna excessiva	2	2
Educação	1	2
Relacionais	4	18
Relação Instável	4	6
Falta de compromisso	3	6
Companheiro contra a gravidez	3	6
Económicos	3	5
Sociais	1	3
Pressão Social	1	3

Quadro 2 – Fatores que estão na base da decisão das mulheres que interromperam a gravidez

Fatores de Decisão	Nº de Pessoas	Número de Referências
Pessoais	3	15
Desejo de maternidade	3	6
Ser contra a IVG	1	3
Sentir-se capaz de ser mãe	1	2
Crenças espirituais	1	1
Fuga à Situação Atual	1	1
Medo das consequências do IVG	1	1
Apoio	3	12
Relacionais	3	8
Plano conjugal de paternidade	3	3
Aceitação do companheiro	2	6

Quadro 3 – Fatores que estão na base da decisão das mulheres que, tendo ponderado as duas opções, prosseguiram com a gravidez

Fatores de Decisão	Nº de Pessoas	Número de Referências
Apoio	3	8
Falta de Apoio	3	4
Apoio na interrupção	2	4
Relacionais	3	12
Companheiro contra a gravidez	3	6
Relação Instável	2	3
Falta de Compromisso	1	1
Pessoais	3	8
Responsabilidade materna excessiva	1	1
Crenças	1	2
Comprometimento dos projetos pessoais e profissionais	1	1
Económicos	2	3
Sociais	1	3
Pressão Social	1	3

Quadro 4 – Fatores que estão na base da decisão das mulheres que, tendo ponderado as duas opções, interromperam a gravidez

Fatores de Decisão	Nº de Pessoas	Nº de Referências
Pessoais	3	8
Crenças	2	4
Comprometimento dos projetos pessoais e profissionais	1	2
Educação	1	2
Responsabilidade materna excessiva	1	1
Apoio	2	2
Apoio na interrupção	1	1
Falta de Apoio	1	1
Relacionais	2	5
Falta de Compromisso	2	4
Relação Instável	2	4
Económicos	1	1

Quadro 5 – Fatores que estão na base da decisão das mulheres que só ponderaram interromper a gravidez

Fatores de Decisão	Nº de Pessoas	Nº de Referências
Pessoais	5	16
Desejo de maternidade	5	9
Ser contra a IVG	3	3
Crenças espirituais	2	3
Sentir-se capaz de ser mãe	1	1
Relacionais	5	17
Plano conjugal de paternidade	5	7
Aceitação por parte do companheiro	4	6
Familiar	2	2
Relação Estável	1	1
Apoio	3	9
Sociais	1	1
Pressão Social	1	3

Quadro 6 – Fatores que estão na base da decisão das mulheres que só ponderaram prosseguir com a gravidez

Conceitos	Nº de Pessoas	Nª de Referências
Planeada	13	20
Desejada	7	7
Planear tentar ter um filho	7	7
Ter condições	1	1
Desejada	13	20
Querer estar grávida	4	4
Não precisa de ser planeada	4	4
Desejar ter um filho com o companheiro	3	4
Prosseguir com a gravidez	1	2
Aceite com alegria	1	1
Inesperada	1	1

Quadro 7 – Perceções das participantes acerca dos conceitos “gravidez planeada”, “gravidez desejada” e “gravidez inesperada”